



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

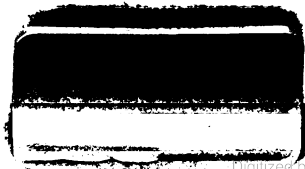
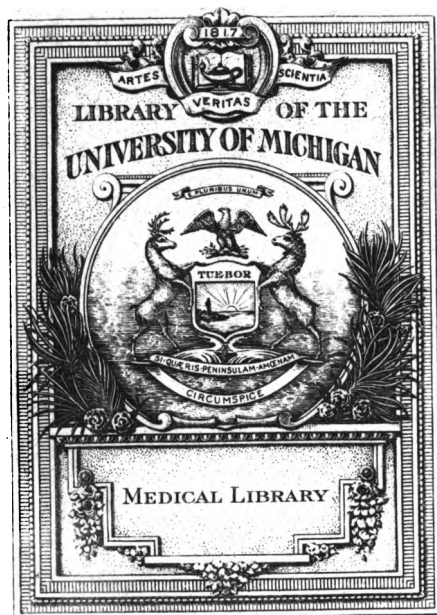
About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>



B 3 9015 00212 703 6
University of Michigan - BUHR

Case
97



610.5
S678
M515

BULLETIN
DE LA
SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MENTALE
DE BELGIQUE

ANNÉE 1889



GAND et LEIPZIG
LIBRAIRIE CLEMM

1889

Gand, impr. Eug. Vanderhaeghen.



Medical
Nijh
7-3-39
38540

LISTE DES MEMBRES
DE LA
SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MENTALE
DE BELGIQUE.

MEMBRES TITULAIRES.

MM.

- Ingels, B.-C.** (1), membre fondateur, Secrétaire de la Société de Médecine mentale de 1869 à 1886, décédé le 22 mai 1886.
Aerfs, médecin principal de la colonie de Gheel, admis le 26 janv. 1884.
Anten, méd. en chef de l'asile St-Agathe, à Liège, adm. le 28 janv. 1888.
Antheunis, médecin des as. d'al. de St-Nicolas; admis le 24 oct. 1872.
Boddaert, B., prof. de clinique (mal. du syst. nerv.) à l'Univ. de Gand, admis le 29 avril 1882.
Boeckmans, méd. principal de la colonie de Gheel, adm. le 27 oct. 1888.
Bonmariage, ex-médecin de l'asile de Schaarbeek, adm. le 28 oct. 1875.
Bonnet, Dr, sénateur, membre du com. d'inspection des as. du Hainaut, à Froyennes, admis le 14 oct. 1874.
Candèze, Dr, direct. de la mais. de santé de Glain-lez-Liège, admis le 20 oct. 1869.
Chantry, méd.-adj. de l'as. d'al. de l'État, à Tournai, adm. le 25 oct. 1884.
Closset, méd. en chef de l'as. d'aliénés, à Liège, admis le 31 oct. 1885.
Cornette, médecin de l'asile d'aliénés, à Ypres. Membre fondateur.
Cousot, G., médecin à Dinant, admis le 28 juillet 1888.
Cuisenaire, méd.-adj. de la colonie de Gheel, admis le 25 juill. 1885.
Cuyllis, médecin en chef de l'asile d'Evere, admis le 18 sept. 1877.
De Bruyn, méd. en chef des as. d'aliénés de St-Trond. Membre fondateur.
De Cock, méd.-adj. de l'as. d'aliénés de Zelzate, admis le 29 nov. 1880.

(1) La Société de Médecine mentale, dans sa séance du 31 août 1886, reconnaissant les services rendus par B.-C. Ingels, décide que son nom sera maintenu à perpétuité en tête de la liste des membres de la Société.

MM.

- De Craene**, méd. en chef de l'as. St^e-Anne, à Courtrai, admis le 28 oct. 1875.
- Delannay**, médecin à Froidmont, admis le 28 juillet 1888.
- De Moerloose**, méd. de l'as. St-Jean-de-Dieu à Gand. Membre fondateur.
- De Rode**, méd. suppléant des as. d'al. de Louvain, adm. le 24 avril 1879.
- Desguin, V.**, médecin de l'asile St-Roch à Anvers, adm. le 24 oct. 1872.
- De Smeth, J.**, méd. des aliénés à l'hôp. St-Jean, prof. à l'Univ. de Bruxelles. Membre fondateur.
- De Windt, J.**, médecin honoraire de l'as. d'aliénés d'Alost. Membre fondateur.
- D'Heygere**, méd.-adj. de l'as. St^e-Anne, à Courtrai, adm. le 28 janv. 1888.
- Dochy**, méd.-adj. de l'as. d'al. de l'État, à Tournai, admis le 25 oct. 1884.
- Duhem**, méd. de l'hospice des aliénées à Tournai. Membre fondateur.
- Du Moulin**, prof. de clin. int. à l'Un. de Gand, adm. le 28 juill. 1883.
- Goffin**, méd. en chef de la mais. de santé d'Uccle, admis le 16 oct. 1873.
- Haas**, méd.-adj. de l'as. d'aliénées d'Erbs-Querbs, adm. le 27 oct. 1888.
- Héger, P.**, prof. de physiologie à l'Un. de Bruxelles, adm. le 24 fév. 1883.
- Henfling**, méd. de l'as. de Henry-Chapelle, à Welkenraedt, admis le 29 juill. 1882.
- Houzé**, médecin de l'hôpital St-Jean, à Bruxelles, admis le 31 oct. 1885.
- Kuborn, H.**, Président de la Soc. de méd. publ. de Belgique, à Seraing, admis le 31 janvier 1885.
- Lefebvre**, professeur à l'Un. et méd. honor. des as. d'al. de Louvain, Membre fondateur.
- Lefèvre**, méd. de la mais. de santé de Menin, admis le 26 janv. 1884.
- Lentz**, méd.-direct. de l'as. d'al. de l'État, à Tournai, inspecteur-adj. des as. d'al. du royaume. Membre fondateur.
- Mabilde**, méd. en chef de l'as. d'al. de Zelzate, adm. le 28 mai 1877.
- Marique**, professeur agrégé à l'Un. de Bruxelles, admis le 31 oct. 1885.
- Masoin**, prof. à l'Un. de Louvain, médecin en chef des as. d'al. de Louvain, admis le 4 avril 1872.
- Moreau**, ex-méd.-adj. de l'asile St-Roch à Anvers, admis le 4 mai 1875.
- Morel**, méd. en chef de l'Hospice-Guislain, à Gand, inspecteur-adj. des as. d'al. du royaume, admis le 1^{er} mai 1873.
- Moulaert**, méd.-adj. de l'Hosp.-St-Julien, à Bruges. Membre fondateur.
- Motte**, méd. en chef de l'instit. hydrothér. à Dinant, adm. le 24 avr. 1886.
- Otten**, méd.-adj. des as. d'al. de St-Trond, admis le 31 juill. 1880.
- Peeters**, médecin-inspecteur de la col. de Gheel, admis le 14 oct. 1874.
- Piens**, méd. de l'as. de Velsique-Ruddershove, admis le 28 janv. 1888.
- Pironet**, méd.-inspecteur de la col. de Lierneux, admis le 26 oct. 1886.
- Printems**, méd. de la maison de sûreté, à Anvers, admis le 31 oct. 1885.
- Rauller**, méd.-adj. de l'asile d'aliénées de l'État, à Mons, admis le 26 janv. 1884.
- Saeyls**, méd.-adj. de l'Hosp.-St-Dominique, à Bruges, adm. le 29 avril 1882.
- Semal**, méd.-direct. de l'asile d'aliénées de l'État, à Mons. Membre fondateur.

MM.

- Sottiaux**, méd.-adj. de la colonie de Gheel, admis le 26 janv. 1884.
Stobbaerts, méd. de l'asile des Frères Cellites, à Malines, admis le 29 juill. 1882.
Temmerman, médecin de l'asile de Duffel, admis le 29 juill. 1882.
Valcke, méd. en chef de l'Hosp.-St-Dominique, à Bruges, admis le 18 sept. 1877.
Van Bambeke, prof. d'histologie à l'Un. de Gand, admis le 29 avr. 1882.
Van den Abeele, méd. en chef de l'Hosp.-St-Julien, à Bruges. Membre fondateur.
Vandenven, ex-méd.-adj. de l'as. d'al. d'Evere, admis le 24 avr. 1880.
Van Krunkelsven, méd. principal de l'asile d'aliénés de Diest, admis le 26 janvier 1888.
Vanneste, méd. de l'as. pour idiots, à Lokeren, admis le 29 janv. 1888.
Verheeke, médecin à Hoboken, admis le 28 juillet 1883.
Vermeulen, méd. en chef des as. d'aliénées et du Strop, à Gand, inspecteur-adj. des as. d'al. du royaume. Membre fondateur.
Verriest, prof. de clinique int. à l'Un. de Louvain, admis le 27 déc. 1879.
Versiggel, A., médecin à Tronchiennes, admis le 25 avr. 1885.
Verstraeten, prof. de polyclinique int. à l'Univ. de Gand, admis le 29 juill. 1882.
Vrebois, E., méd. en chef de l'as. d'al. d'Erbs-Quebs, adm. le 29 juill. 1882.
Wallaert, médecin à Courtrai, admis le 29 juillet 1882.
Wibo, médecin de l'asile d'aliénés de Lede, admis le 4 mai 1875.
Willems, Dr, membre du com. local d'inspection des as. d'al. d'Anvers, admis le 29 oct. 1881.

MEMBRES ASSOCIÉS.

- Beume**, ingénieur-architecte à Bruxelles, admis le 31 octobre 1885.
Gooris, à Schaerbeek-lez-Bruxelles, admis le 31 octobre 1885.
Hakin, secrét.-recev. de la colonie de Lierneux, admis le 26 oct. 1886.
Pauli, professeur d'architecture à l'Un. de Gand, admis le 30 déc. 1877.
Soleil, directeur de l'hospice Saint-Dominique, à Bruges, admis le 26 janv. 1884.

MEMBRES HONORAIRES.

- Amadei**, méd. en chef du manicomio de Crémone, admis le 26 janv. 1884.
Baillarger, ex-médecin de la Salpêtrière, à Paris, admis le 19 déc. 1878.
Benedikt, prof. de neuropathologie à l'Un. de Vienne, adm. le 31 oct. 1885.
Biffi, Séraph., méd.-direct. de l'établissement sanitaire près de St-Celse, à Milan, admis le 31 juill. 1880.

MM.

- Blanche**, méd. d'asile privé pour aliénés, à Paris, admis le 28 oct. 1875.
- Bouchereau**, médecin à l'asile St^e-Anne, à Paris, admis le 24 oct. 1872.
- Bouteille**, méd.-dir. de l'asile d'aliénés de Toulouse, admis le 4 mai 1875.
- Brosius**, méd.-dir. de l'asile de Bendorf et Sayn, admis le 26 janv. 1884.
- Buffet**, méd.-dir. de l'asile d'Ettelbrück (Gr. D. du Luxembourg), admis le 28 oct. 1875.
- Chapin**, méd. en chef de l'as. d'al. de Philadelphie, adm. le 27 oct. 1888.
- Clark Bell**, réd. du *Medico-legal Journ.* à New-York, adm. le 28 oct. 1884.
- Coni, Em.**, médecin à Buenos-Ayres, admis le 25 juill. 1885.
- Cowan**, méd. en chef de l'as. d'al. de Dordrecht, admis le 26 janv. 1884.
- Christian**, méd. de la maison nationale de Charenton (France), admis le 31 oct. 1885.
- De Jong**, médecin à La Haye, admis le 24 février 1883.
- Deny**, médecin de la maison de Bicêtre, Paris, admis le 31 oct. 1885.
- Donkersloot**, ex-méd. en chef de l'as. de Dordrecht, adm. le 12 mai 1870.
- Dufour**, méd. en chef de l'asile St-Robert (Isère), admis le 3 oct. 1870.
- Erlenmeyer**, méd.-dir. de l'asile de Bendorf, près Coblenz, admis le 27 déc. 1879.
- Falret, Dr**, dir. d'as. privé pour aliénés, à Paris, admis le 24 oct. 1872.
- Féré, Ch.**, médecin de la mais. de Bicêtre, Paris, admis le 27 oct. 1888.
- Otto Flamm**, méd.-dir. de l'asile de Pfällingen (Wurtemberg), admis le 28 oct. 1884.
- Freusberg**, méd.-dir. d'un asile privé à Bonn, admis le 26 juill. 1884.
- Garnier**, méd. en chef de l'infirmerie spéciale du dépôt de la préfecture de police de Paris, inspecteur des aliénés de la Seine, admis le 25 avril 1885.
- Giraud**, médecin-directeur de l'asile de Fains, admis le 31 oct. 1885.
- Guttstadt, Dr**, professeur à l'Un. de Berlin, admis le 31 oct. 1885.
- Halbertsma**, méd. en chef de l'as. d'al. de Rotterdam, adm. le 28 oct. 1884.
- Koch**, méd-dir. de l'as. royal de Zwiefalten (Wurtemberg), admis le 19 déc. 1878.
- Kovalevsky**, prof. de psychiatrie à l'Un. de Karkoff, adm. le 26 janv. 1884.
- Laehr**, méd.-dir. de l'as. de Schweizerhof et réd. de l'*Allg. Zeitschr. für Psychiatrie*, admis le 28 oct. 1884.
- Lentz, H.**, dir.-gén. au Ministère de la Justice, inspect. des asiles d'al. du royaume, à Bruxelles, admis le 28 janv. 1888.
- Lewis D. Mason**, méd. de l'as. pour alcoolisés (Fort Hamilton, L. I.), à Brooklyn, N.-Y., admis le 29 juill. 1882.
- Magnan**, médecin de l'asile St^e-Anne à Paris, admis le 24 oct. 1872.
- Maragliano**, méd.-dir. de l'asile de Gênes, admis le 25 juillet 1885.
- Mesnet**, médecin des hôpitaux de Paris, admis le 28 oct. 1875.
- Meynert**, prof. de psychiatrie à l'Un. de Vienne, admis le 25 juill. 1885.
- Mickle**, méd.-dir. de l'as. de Grove Hall, à Londres, adm. le 31 janv. 1885.
- Mierzejewski**, prof. de psychiatrie à l'asile clinique de St-Petersbourg, admis le 28 oct. 1875.

MM.

- Millson**, méd. de l'Asylum for Imbeciles de Hampstead N., à Londres, admis le 16 oct. 1873.
- Mitchell**, méd.-direct. de l'asile de South Yorkshire à Sheffield, admis le 26 avril 1884.
- Morselli**, prof. de psychiatrie au manicomio de Turin, adm. le 29 janv. 1881.
- Morton, Thomas, G.**, président du com. d'Inspection de Pensylvanie, admis le 27 octobre 1888.
- Motet**, médecin d'asile privé, à Paris, admis le 24 oct. 1872.
- Nötel**, médecin-directeur de l'asile d'Andernach, admis le 31 oct. 1885.
- Pelman**, médecin de l'asile de Gräfenberg, admis le 27 octobre 1888.
- Perez**, méd.-dir. de l'Institut phrénopath. de Buenos-Ayres (Rép. Argentine), admis le 28 oct. 1884.
- Porporati**, ex-méd. en chef du manicomio de Turin, admis le 28 oct. 1875.
- Prins**, inspect.-génér. des prisons, à Bruxelles, admis le 28 janv. 1888.
- Pritchard Davies**, méd. en chef du Kent county lunatic asylum, à Barningheath, admis le 31 oct. 1885.
- Pick**, prof. de psychiatrie à l'Un. de Prague, admis le 24 avril 1886.
- Régis**, méd. en chef de Castel d'Andorte, au Bouscat, adm. le 24 janv. 1884.
- Rey**, méd. en chef de l'as. des aliénés de Marseille, adm. le 31 oct. 1885.
- Boussel, Th.**, médecin et sénateur, admis le 25 juillet 1885.
- Rutherford**, méd.-dir. du Crichton Royal Institution, à Dumfries, admis le 31 oct. 1885.
- Salemi Pace**, méd.-dir. du manicomio de Palerme, admis le 24 avr. 1886.
- Seppilli**, méd. en chef du manicomio d'Imola, admis le 26 janv. 1884.
- Solá**, méd. en chef de l'as. des al. de Buenos-Ayres, admis le 31 oct. 1885.
- Socoquet**, secrétaire de la Soc. médico-légale de France, à Paris, admis le 31 oct. 1885.
- Stanley Elliot**, méd. en chef de l'as. de Caterham, Surrey, adm. le 31 oct. 1885.
- Steenberg**, prof. de psychiatrie à l'as. de St-Hans, à Roeskilde (Copenhague), admis le 31 oct. 1885.
- Tamburini**, prof. de psychiatrie à l'Un. de Modène, méd. en chef de l'as. de Reggio-Emilia, admis le 29 janv. 1881.
- Tellegen**, ex-méd.-dir. de l'as. de Vught, à La Haye, adm. le 25 juill. 1885.
- Tonini**, méd.-adj. de l'asile des aliénés d'Imola, admis le 26 janv. 1884.
- Trebbi**, méd. de l'asile de Reggio-Emilia (Italie), admis le 19 déc. 1875.
- Tuke, D. Hack**, ex-méd. de l'asile des amis à York, réd. du *Journal of mental science*, Londres, admis le 19 déc. 1878.
- Van der Chys**, méd. en chef de l'as. de Zutphen, admis le 26 janv. 1884.
- Van Andel**, méd.-direct. de l'as. de Medemblik, admis le 24 oct. 1872.
- Van Cappelle**, inspecteur des asiles néerlandais, à La Haye, admis le 19 déc. 1878.
- Van der Lith**, ex-méd.-dir. de l'as. d'Utrecht, admis le 24 oct. 1873.

MM.

- Van der Swalme**, méd.-dir. de l'as. d'al. de Delft, adm. le 24 oct. 1872.
Van Persyn, méd.-dir. de l'as. d'al. de Meerenberg, adm. le 29 oct. 1881.
Verga, A., professeur de psychiatrie à Milan, admis le 30 avr. 1881.
von Kraft-Ebing, prof. de psychiatrie à Gratz (Autriche), admis le 5 mai 1875.
Wellenbergh, méd. de l'as. d'aliénés d'Utrecht, admis le 28 juill. 1883.
Wille, professeur de psychiatrie à l'Un. de Bâle, admis le 31 oct. 1885.

COMPOSITION DU BUREAU POUR L'ANNÉE 1889 :

MM. De Craene, Président.
Lefèbvre, Vice-Président.
Morel, Secrétaire-Trésorier.

BULLETIN
DE LA
SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MENTALE
DE BELGIQUE.

N° 52. — Mars 1889.

Société de Médecine mentale de Belgique.

Procès-verbal

de la séance ordinaire tenue au Palais de l'Université à
Bruxelles, le samedi 26 janvier 1889

Sous la présidence du D^r DE CRAENE. — D^r JUL. MOREL, Secrétaire.

La séance est ouverte à deux heures et demi en présence de MM. Cousot, Cuyllits, De Craene, De Windt, Lentz, Morel, Moulaert, Peeters et Wibo.

Se sont excusés de ne pouvoir assister à la séance : MM. Lefèvre, Lefèvre et H. Lentz.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

ALLOCUTION DU PRÉSIDENT.

Avant d'aborder l'ordre du jour, le Président prononce l'allocution suivante :

MESSIEURS,

Je remercie les membres de l'honneur qu'ils m'ont fait de m'appeler à ces hautes fonctions. Je m'efforcerai de les remplir avec tout le tact et le zèle qu'ont montrés mes prédécesseurs, comme j'espère pouvoir compter sur votre bienveillance pour

faciliter l'accomplissement de ma tâche. Vous voudrez bien me permettre, avant d'aborder nos travaux, de vous entretenir de deux questions de toute actualité.

L'année qui vient de s'écouler a été fructueuse pour la Société. Le nombre de nos membres et de nos abonnements s'est accru, des modifications heureuses et importantes ont été introduites dans notre Bulletin grâce au talent et au travail incessant de notre honorable Secrétaire, des travaux sérieux ont été produits ou discutés dans nos différentes réunions, la situation financière est excellente; en un mot il y a lieu d'être satisfait et nous pouvons affirmer avec fierté que la Société de Médecine mentale de Belgique occupe un des premiers rangs.

L'année que nous commençons sera probablement marquée par l'adoption d'une classification nouvelle des maladies mentales devant servir de base à une statistique internationale. Déjà depuis longtemps la nécessité d'introduire, dans les classifications existantes, des changements conformes aux progrès de la science a été proclamée et discutée au sein de notre Société; témoin les travaux de MM. Lentz, Morel, Lefebvre, etc., et c'est sur son initiative que la question a été portée à l'ordre de jour du Congrès d'Anvers. Là, après une discussion longue, intéressante, instructive, à laquelle ont pris part des médecins aliénistes de tous les pays, des délégués ont été nommés auprès de toutes les Sociétés participantes avec prière de renvoyer le résultat de leurs délibérations à la Société de Médecine mentale de Belgique. Actuellement, Messieurs, ces rapports sont arrivés et il ne reste plus qu'à notre Commission, nommée ad hoc, que je prie de bien vouloir hâter ses travaux, à faire des propositions définitives, qui, après discussion, puissent être envoyées au Congrès de Paris.

La base de classification qui prévaut dans les nombreuses communications que nous avons reçues est la forme clinique ou symptomologique. Dans l'état actuel de nos connaissances, elle répond certainement le mieux au résultat que l'on veut atteindre. Il n'y a pas à songer pour le moment à une base

anatomique qui doit être considérée par tous les médecins aliénistes comme le but suprême de tous les efforts scientifiques.

Il est toutefois regrettable que l'étiologie, dont le rôle est souvent prépondérant dans la nature de la psychose et dans le traitement à instituer, n'occupe pas une place suffisante. L'Hérédité, par exemple, que nous trouvons renseignée dans la moitié des cas à cause connue, est sans contredit le facteur le plus puissant des diverses formes de maladies mentales et mériterait d'être mieux traitée. On peut affirmer que sans elle le nombre d'aliénés diminuerait considérablement et qu'avec elle, si l'on n'y met obstacle soit par des conseils moraux ou des moyens préventifs dans les mariages, ces malheureux deviendront de plus en plus nombreux jusqu'à ce qu'une dégénérescence suffisante ait amené la stérilité.

Quoi qu'il en soit et quelque classification que l'on admette, pour avoir une statistique sérieuse il y a lieu de donner une définition exacte, claire et concise de tous les termes, pour que tous les médecins chargés d'un service d'asile, renseignent la même maladie sous le même nom. Journallement nous voyons des diagnostics différents suivant le moment où l'observation a été prise, ou le point de vue auquel le praticien s'est placé, et il n'est pas rare de voir des exemples où un terme n'a pas la même signification pour tout le monde. Hors de ce point capital nous n'aurons que des données douteuses et conséquemment une statistique mauvaise et sans valeur. La Commission rendrait un grand service à la science en tenant compte de ce desideratum.

Messieurs, je désirerais encore appeler l'attention de la Société et demander son avis sur une question que j'appellerai volontiers professionnelle et qui intéresse spécialement les médecins chargés du service d'un asile d'aliénés. Il s'agit de la surveillance de nuit.

Y a-t-il nécessité ou même utilité à avoir un dortoir spécial dans lequel se trouvent tous les malades affligés d'une maladie mentale qu'on croit dangereux pour eux-mêmes ou pour les autres et dans lequel un gardien veille en permanence prêt à empêcher tout accident.

En théorie ce système paraît excellent mais en pratique je le crois illogique et à peu près impraticable.

Comment se fera le choix de ces dangereux ? Ce ne sont pas toujours ceux qui le paraissent qui le sont le plus ; on peut les rencontrer dans toutes les catégories de malades. Pour être logique il faudrait surveiller tous les dortoirs de la même manière. Les deux suicides que nous avons eus à l'asile de S^{te}-Anne depuis quatre ans ont été le fait de deux mélancoliques paisibles et personne ne les aurait rangés parmi les dangereux.

En second lieu ce surveillant permanent devrait se tenir tranquille, pour ne pas éveiller et déranger ses aliénés ; bientôt il sera vaincu par le sommeil et ne surveillera plus du tout.

Il me semble qu'avoir un ou plusieurs gardiens couchant dans chaque salle et une ronde de nuit qui passe régulièrement d'heure en heure dans les quartiers et contrôle ce qui s'y passe suffit pour le but que l'on veut atteindre. Ce système est pratique, facile à observer, garantit la surveillance des aliénés et des bâtiments et empêche, dans la mesure du possible, tout accident ou sinistre.

Je termine, Messieurs, en vous proposant de voter des remerciements à notre savant confrère M. Semal, pour la manière distinguée dont il a rempli les fonctions de Président pendant l'année 1888. (*Applaudissements.*)

Comme suite au procès-verbal de la dernière séance, M. Morel fait connaître à l'assemblée que les médecins légistes belges essayent actuellement de se constituer en Société et que pour ce motif il a ajourné les démarches à faire auprès de ces honorables collègues pour les prier d'entrer au sein de la Société de Médecine mentale. Il propose d'attendre les décisions qui seront prises dans un bref délai au sujet de la constitution d'une Société de Médecine légale pour mettre en exécution ce qui a été décidé dans la séance d'octobre dernier.

— Adhésion.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

1° Des lettres de remerciements de MM. Féré, médecin de Bicêtre, Pelman, médecin de l'asile de Gräfenberg, Thomas G. Morton, de Pensylvanie, à l'occasion de leur nomination comme membres honoraires.

2° Des lettres de MM. Haas, médecin-adjoint de l'asile d'Erbs Querbs et Boeckmans, médecin principal de la colonie de Gheel, remerciant la Société de les avoir associés à ses travaux.

3° Une lettre de M. le Dr Garnier annonçant l'envoi de 100 exemplaires de son rapport sur « *La classification des maladies mentales.* » Ces exemplaires ont été distribués aux différents membres de la Société.

4° Une lettre de M. Ritti informant la Société que le rapport de M. le Dr Garnier sur « *La classification des maladies mentales* » sera soumis à une discussion au sein de la Société médico-psychologique de Paris.

—
TRAVAUX IMPRIMÉS.

La Société a reçu les travaux suivants :

1° De la part du Professeur Morselli :

- A) *Alcune annotazione sulla patogenesi del tifo pella-groso ;*
- B) *Sulla pazzia morale ;*
- C) *Parere medico-forense sopra un caso tipico di frenosi paralytica ;*
- D) *Note sulla statistica e sulla distribuzione geografica delle frenopatie in Italia ;*
- E) *Un carattere atavica dell' evoluzione umana ;*
- F) *Sulla dinamografia e sue applicazioni al diagnostica dei disordini motorii nelle malattie nervosi ;*
- G) *Paranoia rudimentale impulsiva d'origine neura-stenica ;*
- H) *Sulla rappresentazione mentale dello spazio in rapporto col sentimento dello sforzo ;*

1) *Un secondo caso del riflesso pupillare in un alienato paralitico;*

2) *L'idrotherapie nell' isterismo;*

K) *Sull' azione fisiologica dei bagni idro-ellettrici monopolari (faradici e galvanici);*

L) *Studi di Antropologia patologica sulla pazzia;*

I. *Sul peso comparativo dei due emisferi cerebrali negli alienati.* — II. *Sul peso dell' encefalo in rapporto con i caratteri craniometrici negli alienati.*

Ce dernier travail est envoyé à l'examen de M. Cuylits.

2° De M. le Dr Semal :

A) *De l'assistance des épileptiques.* M. Morel se charge de l'examen de ce travail.

B) *De l'utilité et des dangers de l'hypnotisme.* M. Cuylits se chargera d'un compte-rendu de toute la discussion qui a eu lieu à l'Académie royale de Médecine de Belgique au sujet de cette question.

3° De M. le Dr Fort :

Nouveaux faits confirmant l'efficacité de l'électrolyse linéaire dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre.

4° De M. le Professeur Wille, de Bâle :

Die Lehre von der Verwirrtheit. M. le Dr Peeters est chargé de l'examen de ce travail.

5° De M. le Dr Pelman, de Gräfenberg près de Dusseldorf :

Nervosität und Erziehung. M. le Dr Desguin sera prié de faire une analyse de cet important travail.

6° *Annali di freniatria*, publié par le Dr Marro, médecin en chef du Manicôme de Turin. — Ce Bulletin est demandé en échange avec notre publication. A la suite d'un rapport favorable émis par M. Morel, l'échange est accepté.

MEMBRE NOUVEAU.

M. le Dr Van Krunkelsven, médecin principal de l'asile d'aliénés de Diest, ayant obtenu l'unanimité des voix, est proclamé membre titulaire de la Société de Médecine mentale.

RAPPORTS DE CANDIDATURES.

M. Morel fait un rapport sur la candidature de MM. Compeeren, médecin de la Maison de santé de Bouchout, De Boeck, médecin-adjoint de la Maison de santé d'Uccle et Van Aude-naere, médecin de la Maison de santé de Tirlemont. Ces trois honorables confrères non seulement se trouvent dans les conditions de l'art. 2 de notre Règlement, mais ils promettent d'apporter à notre Société le concours de leur activité et de leur science. M. De Boeck du reste en a déjà fourni plusieurs preuves.

M. Morel rappelle les titres scientifiques de M. le Dr Pompe, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Rosmalen en Hollande. Cet honorable confrère non seulement est à la tête, depuis une vingtaine d'années, d'un des plus importants asiles de la Hollande, mais il est encore l'auteur d'un savant et volumineux rapport sur son établissement de 1870 à 1885; une courte analyse en a été publiée dans le Bulletin de l'année qui vient de s'écouler. Nous ajouterons que c'est à son concours dévoué que la Société médico-psychologique de la Hollande doit toute sa prospérité.

A l'appui de la candidature de M. Séglas, M. Cuyllits fait observer que cet honorable confrère est médecin suppléant de la Salpêtrière. Depuis quelques années M. Séglas se montre un des médecins aliénistes les plus actifs de la France, ses travaux sont le fruit d'études sérieuses et prouvent que ce candidat est à la hauteur de la littérature psychiatrique de notre époque. M. Cuyllits promet, pour le prochain Bulletin, une analyse du travail "*La Catatonie*," que cet honoré collègue a publié avec la collaboration de M. Chastin, médecin suppléant de Bicêtre.

Ces différentes candidatures, conformément au Règlement, seront soumises au vote dans la prochaine séance d'avril.

RAPPORT DE LA COMMISSION

Sur le « Formulaire à dresser pour l'examen des aliénés. »

Au nom de la Commission, M. Lentz donne lecture du rapport suivant :

MESSIEURS,

Vous nous avez chargés de vous présenter un questionnaire destiné à faciliter l'examen clinique des malades soumis à l'observation des médecins attachés à nos différents asiles d'aliénés.

Dans l'élaboration de ce travail, nous avons à éviter deux écueils qui lui eussent enlevé toute valeur pratique : d'un côté, multiplier d'une façon exagérée le nombre des questions, ce qui n'eût pas permis d'appliquer le formulaire à la pratique courante d'un asile d'aliénés ; d'un autre côté, en restreindre l'étendue au point d'omettre des renseignements indispensables ce qui eût ôté toute valeur à la clinique.

C'est chose aisée que de rassembler en de longues pages tous les éléments qui doivent entrer dans l'élaboration d'une observation morbide : il est plus difficile de coordonner en un ensemble concis et méthodique les points principaux et essentiels sur lesquels doivent porter les investigations de l'aliéniste.

Il y a eu divergence à propos de la mention : crâniométrie qu'un membre eût désiré voir détailler d'après les indications de M. le docteur Houzé : Tout en admettant l'importance de la question, il ne nous a pas paru pratique, dans l'organisation actuelle de nos asiles, d'insister davantage sur un point qu'une simple mention laissera à l'appréciation du praticien.

Nous avons la confiance que le projet ci-joint aura votre approbation. Nous nous sommes même demandés s'il n'y aurait pas avantage à remplacer par ce formulaire les indications actuellement relevées sur le registre médical adopté dans nos asiles. Ce serait un guide sûr et qui allégerait la besogne du praticien bien loin de la compliquer.

Nous laissons à votre appréciation la réponse à cette question.

Tableau systématique de l'examen médical des aliénés.

Observation clinique de :

Domicile :

Diagnostic :

Pronostic :

ANTÉCÉDENTS.

HÉRÉDITÉ : Maladies mentales, nerveuses, cérébrales, suicides, bizarreries, crimes, sourds-muets, mort subite, nervosisme, alcoolisme, autres excès.

CONSTITUTION PSYCHIQUE ANTÉRIEURE : Syndrômes épisodiques, stigmates psychiques; degré de développement moral et intellectuel; déséquilibration des facultés.

MALADIES ANTÉRIEURES : Convulsions, traumatismes cérébraux. Affections nerveuses, cérébrales, zymotiques, spécifiques, hémorroïdes.

INFLUENCES NOCIVES : Alcoolisme et autres empoisonnements, onanisme, excès vénériens, épuisement, émotions morales, frayeurs, chagrins, misère, surmenage.

NOMBRE ET NATURE DES ATTEINTES ANTÉRIEURES.

DURÉE DE LA MALADIE.

MODE ET PHÉNOMÈNES DE L'INVASION.

SITUATION ACTUELLE.

État somatique.

SIGNES DE DÉGÉNÉRESCENCE PHYSIQUE : Stigmates physiques.

CONFORMATION ET MENSURATION DU CRANE.

CONSTITUTION : État de la nutrition.

TEMPÉRAMENT.

SENSIBILITÉ PHYSIQUE : Anesthésie, hyperesthésie, dysesthésie de la sensibilité générale, de la vision, de l'ouïe, de

l'odorat, du goût; douleurs, céphalalgie, sensations anormales, crampes, fourmillements, etc.

MOTRICITÉ : Innervation faciale. État pupillaire, nystagmus, ptosis, strabisme. Parole : aphasie, ataxie, hésitation. — Écriture. — Épilepsie : convulsions épileptiformes. — Chorée. — Mouvements automatiques et autres. — Ataxie, parésie, paralysie, contractures, tremblement, catalepsie. — État des réflexes.

CIRCULATION : État du pouls; cœur, battements; température; état de la circulation périphérique; vaso-moteurs.

RESPIRATION.

SYSTÈME DIGESTIF : Langue, digestion, vomissements, selles, alimentation.

SYSTÈME GÉNITO-URINAIRE : Excitation ou dépression; urines.

SÉCRÉTION : Sueurs, salivation.

ENVELOPPE CUTANÉE : État de la peau; éruptions diverses.

LÉSIONS TROPHIQUES : Décubitus, hœmatôme.

SOMMEIL.

MAINTIEN. REGARD. GESTES.

ACTES, CONDUITE.

État moral et intellectuel.

DISPOSITIONS MORALES : Excitation, exaltation; dépression, apathie; anéantissement, stupidité.

SENSIBILITÉ MORALE : Expansion, gaité; dépression, tristesse.

SENTIMENTS MORAUX ET AFFECTIFS.

PENCHANTS : Obsession, irrésistibilité, impulsion et perversion des actes; perversion des sens; homicide, suicide, onanisme.

ÉMOTIVITÉ : Inquiétude, angoisses, frayeurs.

IDÉATION : Régulière, normale; accélérée, loquacité; ralentie, insuffisante; idées délirantes partielles, systématisées, délire général; confusion, incohérence des idées, obsession d'idées.

CONSCIENCE : Conservée, troublée, perdue.

MÉMOIRE : Exaltée, diminuée, perdue.

PERCEPTIONS SENSORIELLES : Normales, perversies, anéanties.

FONCTIONNEMENT SYLLOGISTIQUE.

ILLUSIONS ET HALLUCINATIONS : De la vue, de l'ouïe, de l'odorat, du goût, du toucher, de la sensibilité générale.

M. Morel tient à faire ressortir que ce tableau n'est pas une innovation due à l'initiative de la Commission. Il y a déjà de nombreuses années que Von Krafft-Ebing a publié dans son « *Lehrbuch der Psychiatrie* » un tableau systématique que notre honoré collègue, M. Lentz, a bien voulu reproduire dans notre Bulletin, n° 17 (1880). Le tableau, recommandé par la Commission, n'est pas une reproduction littérale de celui du Professeur de Gratz; il est plus concis, laissant ainsi à nos médecins d'asiles toute liberté pour combler par leurs connaissances anatomiques, physiologiques et pathologiques les lacunes qu'ils pourraient y constater.

Relativement aux observations présentées par MM. Morel, De Craene et Lentz au sujet de la céphalométrie, M. Cuyllits fait part à la Société de l'opinion qu'il s'est faite au sujet de cette question. Dans certains cas il est très intéressant de se servir du crâniomètre quand on se trouve en présence d'une conformation crânienne spéciale, mais l'importance des mensurations lui paraît très douteuse pour les cas ordinaires.

Répondant à une interpellation de M. Morel au sujet de la question de la construction de l'appareil dont M. Houzé s'était chargé, M. Cuyllits rappelle qu'il s'est mis en rapport avec cet honorable membre et qu'après un examen approfondi il n'a pu partager sa manière de voir. Pour M. Cuyllits, un instrument nouveau ne peut s'imposer que s'il offre des avantages incontestables. Il ne saurait reconnaître ceux-ci au compas-glissière de M. Houzé. Il croit que l'instrument est de nature à se fausser, qu'il s'use assez promptement par le fonctionnement et qu'à partir de ce moment son exactitude laisse à désirer. M. Cuyllits lui préfère tout simplement le compas

d'épaisseur de Broca en acier trempé; il fait valoir la supériorité du simple compas du mécanicien qui ne se fausserait pas. En prenant une mesure avec cet instrument, on la reporte sur une tige métrique et c'est ainsi qu'il l'a vu fonctionner dans un atelier de mécanicien. Là l'ouvrier prend les mesures avec la plus grande adresse et l'exactitude ne peut faire l'objet d'aucun doute puisque par exemple pour la construction des cylindres il est obligé de prendre la mesure rigoureusement mathématique. Il applique son compas d'épaisseur (à deux branches courbes) sur la surface à mesurer et, à l'aide d'un ou de plusieurs petits coups, il obtient la mensuration exacte. M. Cuyllits a pu se convaincre qu'il ne faut pas une grande habileté pour opérer ainsi et déclare même que le maniement de ce simple compas est à la portée de tout le monde. Il regrette de ne pouvoir entendre à cet égard les appréciations de M. Houzé absent à la séance. M. Peeters ayant également demandé par écrit des renseignements au sujet du nouveau crâniomètre, M. Houzé lui a répondu que jusqu'ici le temps lui avait fait défaut pour faire procéder à sa confection.

Sur la proposition de M. Morel, la Société décide que cette discussion sera continuée dans la prochaine séance.

DISCUSSION

Sur la « paralysie générale d'origine syphilitique. »

M. LENTZ. — La discussion soulevée devant la Société par le travail de notre honorable Président ne me paraît pas appelée à donner des résultats pratiques de quelque valeur. Quant à moi, au moins, je n'ai pas d'éléments nouveaux à apporter, et ceux que possède actuellement la science ne me semblent pas suffisants pour élucider d'une manière définitive la question encore controversée et controversable, non seulement de l'influence de la syphilis sur la production de la paralysie générale, mais encore et surtout de la nature syphilitique de certaines paralysies générales.

Car là est, d'après moi, le nœud de la question. Il ne s'agit pas tant de savoir si la syphilis peut, par suite de processus plus ou moins indirects, favoriser l'apparition de l'encéphalo-méningite diffuse, que d'établir que cette même encéphalo-méningite est une manifestation syphilitique au même titre que l'iritis syphilitique, par exemple.

Et quant à la première question, celle de savoir jusqu'à quel point la diathèse syphilitique peut être considérée comme un facteur étiologique de la paralysie générale dans les mêmes conditions que l'alcoolisme par exemple, il n'est pas douteux que la statistique elle-même ne constitue pas un argument convaincant. Il est aujourd'hui prouvé que la syphilis se retrouve beaucoup plus fréquemment parmi les commémoratifs de la folie paralytique que parmi ceux de la folie ordinaire. C'est ainsi que Rieger rassemblant toutes les données statistiques éparses dans la science et leur appliquant la formule de Poisson a trouvé :

qu'il y a 212 chances contre une de rencontrer sur 1000 aliénés non paralytiques pas moins de 33 et pas plus de 45 syphilitiques;

qu'il y a la même chance de rencontrer sur 1000 aliénés *paralytiques* pas moins de 364 et pas plus de 434 syphilitiques.

La coïncidence est donc évidente. Mais cette coïncidence est-elle suffisante à établir de véritables relations de cause à effet?

En effet, nous ne dirons pas chez tous, mais chez une partie assez notable de malades, l'existence de la syphilis présuppose des excès vénériens et ceux-ci ne sont que trop fréquemment accompagnés d'excès alcooliques : il y a là une trinité étiologique dont chaque facteur peut avoir son influence spéciale et particulière, mais qui confond presque toujours, ou au moins très souvent, toutes ses énergies morbides en une résultante finale.

La statistique avec ses moyennes générales et ses aspects trop superficiels n'est pas capable de spécialiser les rôles : elle

les confond tous en un seul au risque de méconnaître celui dont l'action prédomine et d'exalter celui dont l'existence devrait rester dans l'ombre.

Pour être concluante, la statistique doit nécessairement être individuelle, et pour démontrer que la syphilis peut être cause de folie paralytique, il faut avant tout qu'elle apporte des cas dont toute autre cause efficiente est exclue et où l'affection spécifique reste le seul élément capable d'expliquer la genèse. De nombreuses observations de ce genre auraient une valeur que l'on ne saurait accorder aux données statistiques recueillies jusqu'à ce jour. La conclusion toute logique c'est que, affirmée par les uns, l'influence simplement étiologique de la syphilis dans la production de la paralysie générale est complètement niée par les autres. Je n'ai malheureusement aucune donnée qui puisse éclaircir ce côté plus spécial de la question.

Quant au second point, qui a trait à la nature syphilitique possible de la paralysie générale, il est d'une étude plus obscure et d'une solution plus difficile encore. Déblayons d'abord le terrain en écartant complètement tous les faits de syphilis cérébrale et ceux, plus incertains de pseudo-paralysie générale, terme dont on prend malheureusement l'habitude d'abuser beaucoup trop. Ces termes vagues et mal définis sont faits plutôt pour égarer la science que pour la servir.

Quoi qu'il en soit, la question de la paralysie générale syphilitique en présuppose une autre bien plus importante, c'est celle de la spécificité de nombreuses lésions viscérales se produisant chez des natures diathésiques, et cette solution ne s'imposera que du jour où nos connaissances en micro-biologie auront renseigné exactement sur l'existence du microbe pathogénique de la syphilis. Si son existence paraît prouvée théoriquement, elle n'a pas encore été démontrée expérimentalement avec toute la rigueur qu'exige un fait scientifique.

En attendant, les bases de la science syphilitique restent fragiles : l'anatomie pathologique est insuffisante à elle seule à nous donner la clef de la nature du nombre de ses mani-

festations : entre l'iritis syphilitique et l'iritis simple, il n'existe que des différences anatomo-pathologiques trop faibles pour permettre une distinction absolue ; c'est à d'autres facteurs qu'il faut recourir et ces facteurs sont malheureusement souvent si compliqués que toute déduction scientifique devient difficile et souvent dangereuse : ce n'est plus ici seulement la valeur des observations c'est encore leur nombre qui doit intervenir, et à ce point de vue nous ne saurions trop engager nos confrères à publier les observations qui leur paraissent dignes d'attention, même quand elles sont uniques, pourvu qu'elles aient été fidèlement et consciencieusement recueillies ; si un seul cas est souvent sans valeur, des cas identiques peuvent être rapportés par d'autres médecins et c'est ainsi qu'en rassemblant de tout côté et un à un les matériaux scientifiques épars dans la science l'on parviendra à donner à la question de la paralysie générale syphilitique des bases réellement scientifiques.

A l'appui, nous citerons quelques observations recueillies dans différents auteurs et qui, isolées, ne sont peut-être pas complètement probantes, mais auxquelles le nombre donnerait une valeur réelle et incontestable : Tel est le cas de Sommer cité dans le *Neurologische Centralblatt*, d'un jeune homme qui mourut à 22 ans et demi d'une paralysie générale offrant tous les caractères typiques de l'affection ; on n'a rencontré chez lui d'autre cause qu'une syphilis héréditaire guérie seulement au bout d'une année et demie et après avoir traversé la période des accidents secondaires.

Tel est encore le cas rapporté par Savage d'un homme mort de folie paralytique vers l'âge de 40 ans sans que l'on ait pu constater chez lui de facteurs étiologiques autre qu'une syphilis contractée 20 ans auparavant et chez lequel n'existait ni alcoolisme ni surmenage ni aucune cause du même genre ; ce cas, disons-nous, pourrait avoir son importance, si l'autopsie était venu confirmer le diagnostic, ce qui malheureusement n'a pas eu lieu.

Et il faudrait de nombreuses observations de ce genre pour

amener la conviction chez ceux surtout qui recherchent dans l'exactitude scientifique autre chose qu'une vaine apparence et qui estiment que la simple coïncidence a, jusqu'ici, joué un trop grand rôle dans les progrès scientifiques.

S'il existe certaines observations tendant à affirmer la nature spécifique de la folie paralytique, il en existe d'autres tendant à l'infirmer. Telle est celle de l'auteur allemand qui constate chez un paralytique général en puissance de syphilis une iritis de nature évidemment spécifique. Un traitement mercuriel est institué; l'ophtalmie cède complètement aux moyens dirigés contre elle : la paralysie n'en ressent aucunement les effets et continue sa marche progressive vers la mort.

Cette observation donne évidemment à réfléchir et elle est de nature à inspirer des doutes sérieux sur la nature même de l'affection. Dans le cas rapporté par notre honorable Président nous constatons aussi des productions syphilitiques heureusement modifiées par la cure instituée, mais ici, plus heureusement que dans l'observation du médecin allemand, la paralysie, elle aussi, éprouve la même influence favorable.

Il nous paraît cependant indispensable de faire quelques réserves; les rémissions dans l'encéphalo-méningite diffuse sont trop fréquentes, même à une période où le marasme complet semblerait les rendre impossibles, elles surviennent tout aussi bien chez les malades auxquels on applique toutes les ressources imaginées par la thérapeutique que chez ceux qui sont abandonnés aux simples soins du régime et de l'hygiène pour qu'il soit permis de voir dans le cas qui nous occupe le résultat évident du traitement.

De ce qui précède il semble qu'il serait prématuré de tirer une autre conclusion que la suivante : que, le seul point définitivement acquis à la science, c'est l'existence très fréquente de la folie paralytique chez les personnes qui ont été à une époque plus ou moins éloignée, atteintes de syphilis. Malheureusement cette coïncidence peut s'expliquer de bien d'autres manières qu'en admettant la nature syphilitique de l'affection.

M. DE CRAENE, en réponse aux observations de M. Lentz, fait observer qu'il s'est tenu sur un terrain absolument pratique. Il estime que les symptômes concomitants, tumeurs, papillômes à la langue, engorgements ganglionnaires, surtout à la nuque, constituent des renseignements suffisants pour justifier sa conclusion : son cas de paralysie générale reconnaît comme cause, comme point de départ, la syphilis.

La paralysie générale peut dépendre d'un travail inflammatoire ayant des causes diverses; même la syphilis n'en doit pas être exclue, car on a vu de nombreux exemples de l'action inflammatoire occasionnée par le poison et dans ce dernier cas on ne fera jamais disparaître les effets sans en combattre la cause. Il reconnaît qu'il a institué le traitement antisypilitique sans grand espoir de succès, mais à mesure qu'il se prolongeait, il vit disparaître les troubles sypilitiques et avec eux les symptômes de la paralysie générale. Il ne perd pas son malade de vue; il continue son traitement spécifique et son état général reste satisfaisant.

Pour M. LENTZ, le malade dont notre honoré Président rapporte l'histoire, n'est qu'en état de rémission, et, contrairement à l'opinion qui semble admise, il ne croit pas à sa guérison. Pour justifier sa manière de voir, il déclare qu'en cas de paralysie sypilitique réelle, on aurait dû constater une guérison complète. Les cas de rémissions longues et spontanées, sans traitement aucun, sont assez fréquents et les malades reprennent même leurs travaux manuels ou intellectuels. Il persiste conséquemment à croire que c'est la nature qui, à elle seule, a produit la modification ayant l'apparence de la guérison, et pour le faire changer d'avis, il faudrait que M. De Craene lui cite de nombreux cas analogues à celui qu'il a rapporté.

A l'appui de l'opinion de M. De Craene, M. PEETERS fait ressortir que dans la folie paralytique ce sont les troubles moteurs qui persistent, et spécialement le tremblement de la langue. Or, chez le malade de M. De Craene les troubles moteurs ont disparu, sauf la titubation et la difficulté de se mettre en marche.

M. MOREL fait observer que la paralysie générale progressive n'existe pas toujours à l'état pur et simple; c'est une des maladies qui offre le plus souvent des complications du côté de la moelle épinière. Bien des auteurs ont déjà présenté cette particularité et c'est une question encore à résoudre; par les différents moyens d'exploration dont on dispose aujourd'hui, pour savoir si cette titubation, cette difficulté dans l'action de se mettre en marche, n'est pas le produit exclusif d'une lésion médullaire, dépendante ou indépendante de la syphilis. Le Dr Althaus, dans son travail sur la sclérose de la moelle épinière, insiste sur les cas de sclérose médullaire pouvant se compliquer de paralysie générale.

M. CUYLITS partage l'opinion de M. Lentz au sujet des guérisons apparentes dans la paralysie générale, mais il se rallie à l'avis de M. De Craene pour ce qui concerne l'existence de la paralysie syphilitique, qui ne ressemblerait nullement à la paralysie générale. C'est pour ce motif qu'il désigne ces malades sous le nom de pseudo-paralytiques. Ces pseudo-paralysies sont d'origine saturnine, syphilitique ou alcoolique. Dans ces trois formes l'invasion serait brusque; dans la paralysie progressive ordinaire la maladie s'annonce par un état d'excitation maniaque toute particulière. Le fou paralytique serait avant tout un homme heureux, et ce caractère ferait défaut chez le saturnin paralytique et le paralytique syphilitique; ces derniers ne donnent pas cette marque de béatitude, signe du paralytique vrai. De plus un traitement spécifique confirme que la lésion doit être toute différente dans ces cas : chez le vrai paralytique le cerveau est réduit aux deux tiers; chez le syphilitique cette particularité n'existe pas et c'est pour ce motif que l'expression pseudo-paralysie lui paraît préférable.

Vu l'heure avancée, la séance est levée et la discussion est remise à la réunion prochaine.

Le Secrétaire,
Dr JUL. MOREL.

Le Président,
Dr DE CRAENE.

L'ÉLECTROTHÉRAPIE

DANS

LES MALADIES MENTALES

PAR

Le Docteur JUL, MOREL, membre titulaire.

Si nous voulions jeter un coup-d'œil rétrospectif sur l'histoire du traitement des maladies mentales par les courants électriques, nous aurions à remplir bien des pages. Mais dans le présent travail nous avons uniquement pour but d'appeler sommairement l'attention des médecins aliénistes de notre pays sur ce chapitre de l'électrothérapie, et sans nous occuper des nombreuses questions théoriques émises jusqu'ici pour expliquer les phénomènes physiologiques et pathologiques qui découlent de l'emploi de l'électricité.

Les appareils électriques furent déjà en usage dans nos asiles dès les premières années de ce siècle. Les principaux établissements d'aliénés de France possédaient des appareils d'induction et de rotation, mais leurs médecins s'en servaient presque exclusivement comme moyen d'intimidation et de contrainte. Les rares cas de guérison que l'on croyait pouvoir mettre à l'actif des courants électriques, ne pouvaient avoir quelque valeur en présence de l'affirmation des auteurs classiques de l'époque qui déclarèrent n'en avoir pu extraire que des effets nuisibles.

Bucknill, en Angleterre, publia en 1849 les avantages qu'il avait obtenus chez une mélancolique soumise au traitement électro-galvanique. Mais le résultat, l'unique qui avait été

sérieusement relaté jusqu'alors, semblait tombé dans l'oubli lorsque trois médecins de l'asile des aliénés de Maréville, en France, Renaudin, Teilleux et Auzouy, publièrent à leur tour une série de succès obtenus à l'aide de l'électrisation chez leurs malades.

En 1859, Teilleux ⁽¹⁾ obtint des résultats incontestables. Le fluide électrique, disait-il, est apte à combattre une série de formes de maladies mentales; il a des propriétés distinctes : il stimule, il tonifie, il modifie l'action nerveuse et le courant circulatoire; il calme et atténue l'agitation quand il est appliqué d'une façon particulière et dans des circonstances données. Il conseillait son emploi comme agent thérapeutique, mais il le prisait également comme moyen de répression.

La même année, son collègue Auzouy ⁽²⁾ fit paraître un excellent travail « Sur les troubles fonctionnels de la peau et de l'action de l'électricité chez les aliénés. » A son tour, il enregistra des guérisons dans plusieurs cas de mélancolie avec stupeur et une action palliative chez un halluciné; chez les maniaques, il n'eut qu'un insuccès presque complet.

Auzouy utilisait surtout le courant électro-magnétique en vue d'imprimer à l'économie une perturbation salutaire; d'après ses expériences, ce courant communique au système nerveux une dose d'activité qui, bien que factice, accélère la circulation et réhabilite la sensibilité là où elle fait défaut. Pour lui, l'électrisation peut vaincre des résistances, telles que le refus d'alimentation, le mutisme volontaire, l'inertie, etc.

En Allemagne, et vers la même époque, Remak ⁽³⁾ obtint de nombreux succès à l'aide des courants galvaniques, mais malgré les observations si bien décrites par tous ces auteurs, le traitement électrique tarda à pénétrer dans les asiles. A toutes les méthodes de traitement par l'électricité le même sort fut réservé et ce ne fut qu'une dizaine d'années après,

(1) *Ann. médico-psychol.*, tome V, p. 353.

(2) *Ibid.*, p. 527.

(3) *Galvanotherapie*, Berlin, 1858.

en 1867, que Lombroso reprit ces expériences; il confirma aussitôt les conclusions du travail d'Auzouy, qu'il existait une diminution de la sensibilité chez les déments, que la sensibilité était variable, même dans les différentes formes de la mélancolie. En 1868, Benedikt rapporta trois cas de maladies mentales guéries par l'électricité.

Vers la même époque, Rud. Arndt ⁽¹⁾, actuellement professeur à l'Université de Greifswald, donna une nouvelle impulsion à l'étude de l'électrothérapie en psychiatrie. Dans une série de travaux, il fit connaître des succès nombreux et suffisants pour pouvoir oser recommander l'emploi de l'électricité comme un agent thérapeutique capable de rivaliser avec les meilleurs médicaments employés à cette période : la quinine, le fer, les bains, etc. Arndt soutint que le courant électrique est infiniment supérieur aux narcotiques et aux purgatifs et qu'il ne tarderait pas à prendre le haut rang qu'il occupait déjà en ce moment dans la thérapeutique des maladies du système nerveux. Il assimilait toutefois le courant électrique aux autres médicaments, c'est-à-dire qui ne donnent l'effet désiré que pour autant qu'ils répondent à une véritable indication causale.

Les premiers succès de Arndt furent obtenus à l'aide des courants faradiques; mais à mesure qu'il poursuivait ses recherches, il constata que la faradisation n'était pas sans offrir des inconvénients dans certains cas et résolut d'utiliser les propriétés du courant constant décrites par Remak.

Avec la plupart des médecins aliénistes, nous admettons le principe que les psychoses ne sont que l'expression d'un état pathologique de l'écorce du cerveau antérieur, état patholo-

(1) *Die Electricität in der Psychiatrie*, in *Arch. für Psychiatrie und Nervenkr.*, 1870, p. 259, — et ultérieurement *Zur galvanischen Behandlung der Psychosen*, in *Allg. Zeitschr. für Psychiatrie*, 1872, p. 425 et *Zur Electrotherapie der psychischen Krankheiten*, in *Allg. Zeitschr. für Psychiatrie*, 1878, p. 483.

gique que nous ne sommes pas toujours à même de justifier malgré les perfectionnements de nos moyens d'investigation. On semble généralement d'accord pour déclarer qu'il dérive de modifications dans la constitution moléculaire de la substance corticale du cerveau.

L'admission de cette hypothèse est d'une énorme importance au point de vue thérapeutique. Elle permet de se rendre compte des maladies mentales réflexes, résultant d'une excitation nerveuse périphérique qui laisse la plupart des individus intacts; elle permet de se faire une idée de la guérison du malade qui en souffre, étant donné la possibilité de combattre cette excitation périphérique. Par cette hypothèse, on peut comprendre comment les excitations périphériques, même celles des parties centrales malades, peuvent agir sur la sphère psychique sans que la cause pathologique de la maladie mentale puisse être appelée directe, sans que l'autopsie réussisse à découvrir une lésion du côté des organes centraux.

Avant que l'écorce cérébrale soit malade au point de donner lieu à des manifestations extérieures, on se trouve très souvent en présence d'autres affections nerveuses, telles que troubles vaso-moteurs, pâleurs, rougeurs, chaleurs à la face, vertiges, accès épileptiques, oppressions, anhidroses, hyperhidroses, éruptions cutanées, troubles respiratoires et laryngés, troubles de l'iris tels que la mydriase, le myosis, l'inégalité pupillaire, même la constipation, le diabète insipide, l'excitation ou la diminution des forces viriles, des sensations d'engourdissements, des crampes dans les extrémités, etc. On pourrait multiplier considérablement la liste de ces symptômes, mais il est préférable de renvoyer le lecteur aux beaux travaux de Beard et Rockwell ⁽¹⁾ et du célèbre professeur de Greifswald ⁽²⁾, pour prouver combien sont nombreux et multiples

⁽¹⁾ *Nervous Exhaustion*, etc., 1880, New-York, trad. en allemand par NEISSER, sous le titre : *Die Nervenschwäche (Neurasthenia cerebri et spinalis)*, Berlin, 1881.

⁽²⁾ *Die Neurasthenie*, Wien, 1885.

les symptômes qui forment la base d'un terrain neurasthénique héréditaire ou acquis. Est-ce à dire qu'il faut considérer tous ces symptômes comme les prodromes d'une affection cérébrale ou mentale? On le fait bien souvent et bien des fois avec raison. Il n'y a guère à douter que les symptômes prémentionnés se rencontrent aussi dans les affections du cerveau et de ses membranes, sans que l'on puisse signaler le moindre trouble du côté de l'état mental; ou bien encore ces signes coexistent avec un état d'aliénation mentale, mais sans que celle-ci puisse être considérée comme déterminée par une affection cérébrale ou méningée qui existait déjà depuis tout un temps avant que l'attention put être portée vers la psychose. Conséquemment il est bien préférable d'essayer l'explication de cette dernière maladie par l'altération des centres fonctionnels correspondants, admettre comme base l'existence préalable d'une maladie de la moelle épinière qui, à son tour, doit intervenir pour se rendre compte de la maladie psychique.

Cette opinion pêche peut-être par l'exagération, d'autant plus que nous n'essayerons pas de donner une explication du processus pathologique. Mais on admet aujourd'hui la transmission directe de la moelle épinière au cerveau et de celui-ci à son écorce pour expliquer les troubles fonctionnels. Il suffit de jeter un coup-d'œil dans les ouvrages modernes qui traitent de la neuropathologie, pour constater que les maladies de la moelle épinière et des fibres nerveuses périphériques donnent lieu à des sensations spéciales qui provoquent un état mental, sans que le cerveau ou son écorce puissent être suspectés de prendre part à la lésion.

Ne multiplions pas les explications. Nous pourrions invoquer de nombreux exemples pour faire ressortir l'influence du nerf pneumogastrique, des nerfs vaso-moteurs, des états dyscrasiques, etc., pour justifier les idées que l'on doit se faire au sujet de l'application de l'électrothérapie dans les maladies mentales. Certes, l'emploi des courants électriques a donné des résultats négatifs, mais les insuccès doivent-ils être invoqués pour condamner un système de traitement sans répit et

d'une manière absolue? Le diagnostic peut être difficile, il peut être incertain. Ces difficultés se rencontrent et nous administrons sans cesse des médicaments, nous faisons tous les jours des prescriptions générales alors même que le doute persiste au sujet de la nature de la lésion que nous avons devant nous; et si le succès ne répond pas aux indications prescrites par l'un ou l'autre traitement électrique, si par ce traitement l'état général du malade s'aggrave ou même si un résultat favorable est obtenu à la suite d'un mode de traitement électrique contraire aux indications apparentes, ne nous hâtons pas de conclure à son inutilité, ou à ses caprices ou à une simple coïncidence avec le travail de la nature.

Telles furent les idées mères de ceux qui nous ont initiés dans cette thérapeutique nouvelle et jusqu'ici nous ne connaissons aucun auteur qui se soit occupé sérieusement de cette question et qui ait abandonné ce vaste champ d'exploration. Aussi les adhérents à l'électrothérapie augmentent-ils tous les jours et légion est déjà le nombre de ceux qui ont enregistré leurs succès dans les différentes revues qui traitent des maladies nerveuses et mentales.

En Allemagne, en Autriche, en Angleterre et en Amérique on s'est occupé essentiellement de la galvanisation et de la faradisation. La France ne nous a apporté qu'un contingent fort petit sur l'action de ces modes de traitement dans les maladies mentales; les principaux ouvrages sur la matière, ceux d'Onimus et Legros et de Bardet, n'en font même pas mention; par contre, on s'y occupe beaucoup de la franklinisation dans ce genre de maladies. Dans le travail actuel, nous avons été obligé de laisser de côté ce chapitre de l'électrothérapie, ne disposant pas de documents suffisants pour faire comprendre son importance dans le traitement des psychoses. Nous exprimons ici l'espoir qu'un de nos confrères voudra bien se charger de cette tâche et préparer un travail d'ensemble sur les applications de la franklinisation dans les maladies mentales. Nos collègues de la Salpêtrière trouve-

raient dans leur établissement les éléments voulus pour remplir cette lacune dans notre arsenal thérapeutique.

Les premières recherches sur l'action des courants galvanique et faradique sur le cerveau ont été faites par Brenner et Hitzig en 1868. Nous n'entrerons pas ici dans les détails des résultats obtenus par ces expérimentateurs et nous nous bornerons à relater les principaux faits qui peuvent coopérer à la compréhension des principes qui devront nous guider au point de vue thérapeutique. On avait longtemps prétendu que le cerveau, en raison de l'enveloppe osseuse qui le protège, n'était pas accessible aux courants électriques et que toutes les expériences instituées dans le but d'agir sur cet organe n'avaient pas de raison d'être. Cette opinion fut combattue par Remak et Benedikt qui citaient des résultats cliniques irréfutables obtenus par la galvanisation de cet organe. Ultérieurement ces résultats furent confirmés par Erb et aujourd'hui plus personne n'ose révoquer ces faits en doute. En effet, la galvanisation de la tête peut donner lieu à toute une série de phénomènes, preuves de l'influence que ce courant exerce sur la masse encéphalique : que le courant soit appliqué dans le sens longitudinal ou dans le sens transversal, dans les deux cas on peut produire la sensation du vertige. Ainsi, en fermant le courant, surtout quand sa direction est horizontale, on produit une sensation manifeste de vertige et une vacillation objectivement visible du côté de l'anode ; si au contraire on ouvre le courant, on constatera une vacillation beaucoup plus petite mais du côté de la cathode. Le même phénomène s'observe encore quand on n'applique qu'un électrode à la tête, l'autre étant tenu dans la main du côté opposé ; alors, par la fermeture de l'anode il se produit une vacillation du côté de l'électrode appliqué à la tête et par l'ouverture de l'anode une vacillation en sens opposé ; par la fermeture de la cathode une vacillation du côté opposé à celui de l'électrode appliqué à la tête et par l'ouverture de la cathode une vacillation du côté de l'électrode appliqué à la tête.

La sensation subjective dépasse dans ces cas l'étendue réelle de la vacillation. Les yeux étant fermés on croit que le mouvement latéral de vacillation que l'on a subi est beaucoup plus grand qu'en réalité; on a alors la sensation comme si le poids d'une moitié du corps était supprimé et conséquemment qu'on tombe de l'autre côté.

Hitzig et ultérieurement Kny, en faisant passer un courant énergétique à travers les apophyses mastoïdes, ont observé des mouvements oculaires associés, analogues à ceux du nystagmus, oscillant par saccades et toujours dans la direction de l'anode; ainsi l'anode étant à droite, les deux yeux sont déviés à gauche. Avec un courant énergétique les deux yeux, sous l'action de mouvements oscillants, sont maintenus dans les angles oculaires gauches.

Enfin en dehors du vertige et des mouvements oculaires, le courant galvanique appliqué à la tête peut donner lieu à une sensation d'engourdissement dans cette partie du corps, à une menace de syncope, parfois suivie de nausées et de vomissements.

Ces phénomènes résultent de la pénétration du courant à travers le crâne et de son influence sur le contenu crânien. On ne peut les nier. Toutefois il nous reste encore à résoudre cette importante question : quelle est l'origine de ces phénomènes et d'où partent-ils? D'après Erb, il existerait dans le cerveau des organes pairs de réception et d'observation pour les impressions centripètes nécessaires au maintien de l'équilibre du corps et, toutes choses égales d'ailleurs, une excitation égale des organes symétriques de cette nature nous donnerait la sensation de l'équilibre et de la stabilité de l'espace.

L'électrothérapie dans les maladies mentales a donné jusqu'ici des résultats très favorables et les plus beaux succès qu'on a eu à enregistrer s'appliquent essentiellement aux formes initiales. C'est là un point sur lequel nous ne saurions trop insister et sur lequel nous aurons à revenir lorsque nous spécifierons les différentes formes de maladies mentales pour

lesquelles les courants électriques peuvent être employés. En effet, dans les troubles essentiellement fonctionnels, les modifications nutritives fines, moléculaires de l'écorce cérébrale et là où nos moyens d'investigation actuels ne peuvent démontrer que des troubles circulatoires, dans ces cas enfin où nous ne nous trouvons pas encore en présence de processus inflammatoires ou de dégénérescence de nature chronique et pouvant être considérés comme la cause occasionnelle de la maladie mentale, nous avons l'espoir de pouvoir amender ou guérir par cet agent médicamenteux.

Nous aurions pu, pour atteindre plus facilement le but que nous nous proposons, reproduire ou même résumer les travaux de Arndt, Neftel, Jolly, Fischer, Tigges, Benedikt, etc., mais leur forme et surtout leur caractère trop théorique constituent à nos yeux des inconvénients et à un point tel que le lecteur ne leur ferait pas l'accueil mérité. Nous nous demandons même si le côté presque exclusivement théorique des nombreux travaux de Arndt n'a pas été la cause essentielle de l'indifférence de la plupart des médecins aliénistes à l'égard de l'électrothérapie. Une expérience de plus de vingt ans n'a pas ébranlé l'opinion de cet auteur et Schüle⁽¹⁾, dans un de ses derniers travaux, promet un grand avenir à l'électrothérapie dans les maladies mentales.

Voici d'ailleurs comment Arndt résume les principales indications pour l'emploi du courant électrique :

1° Ce ne sont que les troubles psychiques basés sur les soi-disants troubles fonctionnels, ou sur des processus nutritifs, anormaux et passagers, ou sur des troubles circulatoires, qui peuvent être guéris par les courants électriques. Les symptômes d'aliénation mentale qui reposent sur des modifications organiques plus profondes, ne peuvent en retirer un bénéfice suffisant pour faire croire à une guérison. Néanmoins certains faits démontrent que même dans ces cas le courant électrique

(1) *Handbuch der Geisteskrankheiten*, 1880, Leipzig.

peut offrir des avantages très sérieux, de manière à pouvoir le recommander à titre de palliatif.

2° Le traitement par l'électricité est spécialement indiqué dans les cas récents ; il offre moins de chances de succès dans les psychoses qui datent déjà de quelques années. Il donne également des meilleurs résultats dans les formes légères et vagues d'aliénation mentale que dans celles qui sont caractérisées par une forte agitation. L'agitation toutefois ne constitue pas d'une manière absolue une contre-indication pour l'emploi des courants électriques.

3° L'application des courants est formellement contre-indiquée dans tous les cas compliqués d'une hyperesthésie psychique surtout lorsque celle-ci existe à un degré élevé.

4° Le *courant faradique* est un moyen d'excitation énergique employé dans les cas d'aliénation mentale où l'on se propose d'exciter le système nerveux ; conséquemment il donnera les plus beaux résultats dans les états de dépression, qu'ils soient primitifs ou secondaires à la suite d'un état d'excitation. Aussi ne l'utilise-t-on presque exclusivement que comme excitant cutané et cela à certains endroits de la peau. Parfois on pratique la faradisation des nerfs phréniques dans le but de relever la circulation et de favoriser l'oxydation du sang.

5° Le *courant galvanique*, au contraire, en dehors de l'action excitante possède encore une série d'autres propriétés ; il peut exercer des actions modificatrices, reconfortantes, calmantes, catalytiques. Son action sédative et hypnotique paraît évidente. Ce mode de traitement convient ainsi dans presque toutes les maladies mentales qui sont susceptibles d'un traitement électrique.

Schüle a pu confirmer les heureux résultats obtenus par Arndt. Le traitement de la moelle sous l'action de l'anélectrotonus ou des *courants descendants* calme, diminue l'excitabilité ainsi que les actions réflexes, surtout dans les cas de faiblesse irritable (*irritable weakness* des Anglais) héréditaire ou acquise, accompagnée d'une grande irritabilité psychique.

dans la suractivité nerveuse du côté du cœur et des organes respiratoires, les prédispositions aux névralgies, cas dans lesquels on ne peut refuser d'admettre une névrose de la sensibilité du côté de la moelle comme base d'une maladie mentale consécutive. Le traitement méthodique, par le courant descendant (anélectrotonus), de la moelle allongée considérée comme le siège des centres vaso-moteurs, circulatoires et respiratoire, donne parfois de brillants résultats.

Si l'affection mentale est accompagnée de névralgies périphériques, l'anélectrotonus constitue encore le moyen le plus puissant, surtout dans les hallucinations de l'ouïe accompagnées d'hyperesthésie acoustique. Le traitement méthodique de la moelle épinière, sous l'action du catélectrotonus ou des *courants ascendants*, c'est-à-dire à titre d'excitant, a donné à Schüle de bons résultats dans la paralysie générale au début. Il obtint ainsi, dans quelques cas, une amélioration des symptômes généraux et un arrêt dans la marche de la maladie.

Dans la description des *procédés opératoires* par les courants électriques, nous n'avons à nous occuper que de ceux qui s'appliquent au traitement des maladies mentales.

Pour ce qui concerne la galvanisation d'une manière spéciale, nous ferons remarquer que les galvanomètres-milliampères ne sont utilisés que depuis ces dernières années, et que jusqu'ici aucun auteur n'a modifié dans ses écrits ses procédés opératoires quant à l'indication de l'intensité du courant. Aussi laissons-nous de côté les citations des électro-thérapeutes au sujet du nombre d'éléments utilisés dans leurs opérations. Ces mentions sont sans importance puisque la nature des éléments employés varie chez beaucoup d'auteurs; les différentes piles offrent des actions très variées suivant leur nature, l'action chimique de leurs parties constituantes et la durée de l'opération; il faudra à l'avenir abandonner les indications primitives, toutes erronées, et les remplacer par des dosages au milliampère.

Les centres nerveux étant des organes très délicats au point de vue de l'excitabilité, il faudra toujours agir avec une grande prudence pour les moments de la fermeture et de l'ouverture du courant. Certains auteurs recommandent à cet effet l'intervention des rhéostats qui permettent d'augmenter lentement le courant au commencement d'une séance et de le diminuer successivement vers la fin. La plupart des opérateurs, néanmoins, se contentent d'augmenter progressivement le courant au début jusqu'à l'obtention de la déviation voulue au galvanomètre-milliampère et de diminuer de la même manière pour terminer l'opération.

Dans le traitement par l'électricité, on doit se rappeler que le courant présente son summum d'action dans le voisinage des électrodes et qu'il n'est pas indifférent d'employer un électrode grand ou petit pour une quantité donnée d'électricité. En effet, l'action d'un courant donné est proportionnée à sa densité et l'on ne pourra jamais faire une comparaison entre ses effets lorsqu'il est distribué sur toute la surface du corps que lorsqu'il est appliqué à un endroit limité. Aussi l'étendue des électrodes qui représentent les points d'entrée et de sortie des courants, constitue-t-elle un facteur important au point de vue du dosage et de l'application des courants galvaniques. En se servant du courant comme agent thérapeutique, il faut que les électrodes aient une forme et une étendue de manière à pouvoir agir sur toute la partie malade. Pour la galvanisation du cerveau et de la moelle, on aura donc recours à de grands électrodes et l'un d'eux sera toujours placé en sens opposé de l'autre.

Pour agir sur le cerveau, on peut appliquer l'un des électrodes au front, l'autre à la nuque; ou faire passer le courant obliquement, l'un des électrodes étant placé sur le côté du front et les tempes, l'autre du côté opposé, à la nuque ou à l'occiput; dans ce dernier cas, il faut opérer la galvanisation des deux côtés. Erb utilise encore l'action unipolaire sur le cerveau, en appliquant d'une part un grand électrode sur le crâne (du front à la calotte crânienne, p. ex.), et un

autre à la nuque, au sternum, au dos, dans la main ou aux pieds. Il la recommande essentiellement lorsqu'il désire obtenir une action modificatrice. — Quant la technique de la galvanisation de la tête, les travaux de Erb ⁽¹⁾ et de Löwenfeld ⁽²⁾ présentent les indications les plus utiles.

La galvanisation du grand sympathique a été spécialement étudiée par Tigges qui, dans son travail ⁽³⁾, décrit les différents procédés auxquels il a eu recours :

1° Il a appliqué les deux pôles sur le grand sympathique de manière à le soumettre à la fois au courant ascendant et descendant ;

2° Il a provoqué l'excitation diplégique de ce nerf en appliquant l'un des pôles au ganglion supérieur du grand sympathique (d'abord la cathode), l'autre au côté opposé de l'apophyse épineuse de la septième vertèbre cervicale ;

3° Il a déterminé l'excitation du grand sympathique par la même méthode, avec cette différence que le deuxième pôle était également appliqué au même côté du grand sympathique ;

4° Il a essayé l'application de l'anode à la partie dorsale de la colonne vertébrale ou à la nuque, le plus souvent tout près de l'occiput, et la cathode dans le voisinage du ganglion supérieur du grand sympathique.

Ce dernier procédé opératoire semble avoir donné à Tigges les meilleurs résultats. De cette manière, il a observé très souvent une disparition ou une diminution des paresthésies douloureuses, la cessation des angoisses, une amélioration du moral, la cessation du vertige et d'autres sensations encore. Tigges fait remarquer à ce sujet que l'intensité du courant n'est pas une chose indifférente dans le but à atteindre, que bien des fois il a dû recourir à des courants

⁽¹⁾ *Handbuch der Electrotherapie*, Leipzig, 1882.

⁽²⁾ *Experimentelle und kritische Untersuchungen zur Electrotherapie des Gehirns*, Munchen, 1881.

⁽³⁾ *Behandlung der Psychosen mit Electricität*, in *Zeitschr. für Psychiatrie*, 1883, p. 697 et 1885, p. 477.

plus énergiques pour obtenir l'effet désiré et que, d'autre part, la susceptibilité subjective de certains malades augmentait parfois d'une manière progressive et de telle sorte qu'ils ne supportaient plus les courants réduits successivement à leur minimum.

Pour Tigges, les phénomènes observés pendant la galvanisation du grand sympathique et de la colonne vertébrale, sont identiques à ceux que l'on remarque durant la galvanisation de la tête, procédé essentiellement recommandé par Arndt, Schüle et Erb.

En dehors du procédé de prédilection de Tigges, Newth ⁽¹⁾ recommande de placer l'un des électrodes à la nuque, à la hauteur de la deuxième vertèbre cervicale, et l'autre à une partie de la périphérie du corps.

La *galvanisation générale* se pratique en appliquant la cathode stable aux pieds pendant que l'anode est promenée successivement sur les autres parties du corps.

Beard et Rockwell semblent néanmoins ne pas attacher une grande importance à ce mode de traitement; ils recommandent davantage la *galvanisation centrale* qui consiste à placer la cathode dans le creux épigastrique tandis que l'anode, constituée par une grosse éponge arrondie, est appliquée sur le front et le reste de la tête, sur la région du grand sympathique et du nerf pneumogastrique et sur les régions cervicale, dorsale et lombaire de la moelle épinière afin de pouvoir agir sur tout le système nerveux central.

En opérant la galvanisation centrale on sera prudent et on graduera la force du courant; avec un courant faible on passe doucement d'un côté du front à l'autre pour passer de là sur la partie centrale de la calotte crânienne et les régions temporales (que Beard croit très importantes); on galvanise

⁽¹⁾ *The galvanic current in the treatment of insanity (Journ. of ment. Science, 1873, p. 79).*

ensuite la région du grand sympathique au cou par des mouvements ascendants et descendants et enfin, de la même manière, la colonne vertébrale mais avec un courant plus énergique.

L'action de la galvanisation centrale est analogue à celle de la faradisation générale que nous décrirons bientôt; elle semble surtout utile dans les cas où la nutrition générale et la force musculaire seraient relativement intactes, tandis que la faradisation générale agit spécialement là où la nutrition et la force musculaire souffrent. Il est même des auteurs qui recommandent à la fois ces deux méthodes d'électrisation, soit à la fois, soit en faisant alterner la galvanisation générale avec la faradisation générale.

Beard et Rockwell recommandent spécialement la galvanisation centrale dans tous les cas de dépression nerveuse générale, dans l'insomnie purement nerveuse, dans l'hystérie, l'hypocondrie, la chorée, la neurasthénie cérébrale ou spinale, la dyspepsie nerveuse, etc., même dans certaines affections cutanées (eczéma chronique, prurigo, acné, etc.), qui sont dues à un état pathologique du système nerveux. On l'utilise encore comme adjuvant à d'autres traitements locaux.

Le *bain électrique* est recommandé depuis quelques années. On en trouve des descriptions complètes dans les travaux de Eulenburg ⁽¹⁾, Stein ⁽²⁾ et Lehr ⁽³⁾. On l'utilise avec le courant galvanique ou faradique. Le malade est placé dans un bain d'eau tiède à travers laquelle on fait passer le courant. Jusqu'ici les bains électriques ne sont pas beaucoup employés en médecine mentale.

Eulenburg et Lehr mentionnent néanmoins quelques affections nerveuses, telles que la neurasthésie, l'hystérie, l'hypocondrie, la chorée où l'usage des bains électriques aurait donné des résultats très avantageux.

(1) *Die hydroelektrischen Bäder*, Wien, 1883.

(2) *Das farado-galvanische Bad*, in *Die Allg. Elektrisation des menschlichen Körpers*, Halle, 1883.

(3) *Die hydro-elektrischen Bäder*, Wiesbaden, 1885.

Quant à la *galvano-faradisation*, si chaudement recommandée par de Watteville dans son travail ⁽¹⁾ et dans le *Neurol. Centralblatt*, nous ne connaissons jusqu'aujourd'hui aucun auteur qui l'ait appliquée d'une manière toute spéciale dans le traitement des maladies mentales.

Les indications et les procédés opératoires de la faradisation sont trop connus pour les rappeler ici ; mais les succès obtenus par la *faradisation générale* en médecine mentale sont trop importants pour ne pas nous arrêter un instant à ses propriétés et à son *modus operandi*.

Beard et Rockwell ont été les premiers à la recommander. Cette opération ⁽²⁾ a pour but de provoquer un état d'excitation de tout l'organisme et spécialement du système nerveux, du système musculaire et de la peau. Elle consiste à placer l'un des électrodes, la cathode, au dessous des pieds ou bien à plonger ceux-ci dans un bain d'eau tiède communiquant avec cet électrode tandis que la main de l'opérateur, tenant l'autre électrode, l'anode, sous forme d'éponge, passe sur les différentes parties du corps. Il importe beaucoup dans ce procédé opératoire que le médecin ait une parfaite connaissance de la force du courant employé. Pour les personnes sensibles il fera bien de faradiser le front, la tête et la partie antérieure du cou par la « main électrique ». Le médecin dans ce cas tient l'éponge dans la main gauche et passe successivement sa main droite sur ces parties du corps. En opérant ainsi, il se rend un compte exact de la force du courant qu'il donne à son malade.

On commence l'opération par un courant faible au front pour passer aux tempes et au crâne où l'anode séjourne pendant quelque temps ; avec un courant plus énergique, on passe alors à la région occipitale et à la nuque et de là, avec

⁽¹⁾ *Practical introduction to medical electricity*, London, 1884, p. 163.

⁽²⁾ Pour la description complète du *procédé opératoire*, voir BEARD et ROCKWELL, *Medical and surgical electricity*, New-York, 1872, p. 194.

un courant toujours croissant, on fait pendant quelques minutes des frictions de va-et-vient le long de la colonne vertébrale. L'électrode peut séjourner pendant un temps plus long sur les apophyses épineuses qui pourraient être endolories; on continue de là la faradisation au cou (avec un courant plus faible) pour exciter le grand sympathique, le nerf pneumogastrique et les muscles du cou. On opère ensuite avec un courant plus fort à la paroi antérieure de la poitrine, spécialement à la région précordiale et à la paroi abdominale; l'anode, à ce moment, peut demeurer pendant quelques instants à la région épigastrique pour pouvoir agir sur le plexus coélique; on promène par après l'électrode sur le ventre pour relever l'activité intestinale et l'excitabilité des muscles abdominaux; enfin, on faradise énergiquement les muscles et la peau du dos et des quatre membres. On promène l'électrode sur toutes les parties et spécialement sur les troncs nerveux et les muscles avec un courant d'une intensité telle qu'il provoque de fortes contractions musculaires et que presque tous les muscles passent par son action excitante; on termine l'opération en passant une nouvelle et courte fois sur la colonne vertébrale.

L'opération doit durer de 10 à 20 minutes; son intensité et sa durée doivent nécessairement subir des variations suivant la constitution de l'individu et la forme malade. Pour une opération de 15 minutes, voici comment se fait la division du temps :

Pour la tête	1 minute.
Pour le cou, le grand sympathique et la nuque	4 minutes.
Pour le dos	3 »
Pour la poitrine et l'abdomen.	3 »
Pour les extrémités	4 »

D'après Beard et Rockwell, l'action de la faradisation générale peut être primaire ou stimulante, secondaire ou réactive et permanente ou tonique.

L'action primaire ou stimulante se dessine pendant ou immédiatement après la séance d'électrisation. On constate en

premier lieu une amélioration dans l'état général; les malades se sentent ranimés, plus éveillés; ils ont une tendance à s'endormir, les douleurs se calment; en second lieu, des améliorations temporaires de quelques symptômes, telles que la régularisation de la circulation, du pouls et de la température; l'appétit se réveille, le rectum et la vessie se vident plus facilement. Chez les malades très impressionnables ou à la suite d'un traitement mal dirigé, il peut se produire pendant ou immédiatement après la séance des effets désagréables, tels que des sensations de débilité progressive, une transpiration froide aux mains et aux pieds, le tremblement des membres ou de tout le corps, le vertige, la céphalalgie, des congestions vers la tête, etc. — Toutefois ces inconvénients se rencontrent encore dans la galvanisation générale.

L'action secondaire ou réactive est caractérisée par certains effets consécutifs, désagréables; on les observe chez quelques rares malades un ou deux jours après la séance, parfois immédiatement après; ces effets varient suivant l'individualité du malade, la durée de l'action et l'intensité du courant; ils sont purement passagers et n'imposent nullement la suspension du traitement. Parmi ces symptômes, nous mentionnerons certaines douleurs musculaires, un certain malaise nerveux, une sensation d'épuisement et une aggravation d'autres symptômes existants.

L'action permanente et tonique donne à son tour des résultats variables suivant la nature de la maladie, la constitution du malade et le mode de traitement. Parmi les résultats les plus favorables, nous citerons l'amélioration du sommeil, de l'appétit, de la digestion; une plus grande régularité dans les fonctions intestinales (constipation et diarrhée nerveuse) et circulatoires; un soulagement de l'état nerveux et de la dépression intellectuelle, une diminution de l'abattement général et de la douleur, même dans les maladies incurables, une augmentation dans la consistance et le volume des muscles,

(1) *Lehrbuch der Psychiatrie*, 3^e Auflage, Stuttgart, 1888.

une augmentation du poids du corps, une puissance et une facilité d'action plus grandes des muscles et du cerveau, une amélioration de la vue, etc. von Krafft-Ebing ⁽¹⁾ à son tour déclare que la faradisation générale est un tonique de premier ordre, que l'opération n'est pas douloureuse quand elle est appliquée suivant les règles de l'art et qu'il s'en est même servi chez des malades alités.

Cette action palliative ou curative de la faradisation générale s'explique, d'après Beard et Rockwell, en partie par l'influence directe qu'exerce le courant sur l'ensemble du système nerveux central, et en partie par le résultat des contractions musculaires si fréquemment renouvelées pendant le traitement.

Nous pouvons résumer les indications de ce procédé opératoire, en déclarant qu'il est préférable de traiter les maladies constitutionnelles par la faradisation générale et de réserver la faradisation locale aux symptômes locaux. Se basant sur ce principe, Fr. Fischer ⁽¹⁾ range en trois grandes catégories les maladies qui sont susceptibles d'une faradisation générale :

1° Les maladies qui dépendent d'un trouble de la nutrition ou d'une débilité générale des fonctions vitales, telles que la dyspepsie nerveuse, la neurasthénie, l'anémie, la chlorose, l'hypocondrie, l'hystérie, etc. ;

2° Les états maladifs qui dépendent d'une cause locale qu'on ne parvient à saisir ; telles sont les névralgies, les paralysies, l'épilepsie, l'hystérie, l'hypocondrie, etc. ;

3° Les maladies incurables accompagnées d'un trouble général de la nutrition et où l'on pourrait intervenir pour calmer certains symptômes tels que l'insomnie, la nervosité, la débilité générale, etc.

Pour terminer ce que nous avons à dire au sujet de la faradisation générale nous ferons observer que ce procédé

⁽¹⁾ *Die allg. Faradisation*, in *Arch. für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, Bd. XII, p. 628.

électrothérapique se pratique encore avec succès par Erb, Möbius, Engelhorn, etc., qui tous confirment les résultats obtenus par les célèbres électrothérapeutes américains, spécialement dans les neurasthénies cérébrale et spinale, et dans les états d'épuisement nerveux des aliénés.

Nous venons d'énumérer les différentes méthodes de traitement électrique dans les maladies mentales. Les améliorations et guérisons obtenues à la suite de leur application donnent la conviction que certaines psychoses se ressentent avantageusement de l'électrothérapie et que souvent cet agent thérapeutique s'est montré supérieur aux autres médicaments usuels. Mais jusqu'ici, malgré les résultats avantageux relatés par de nombreux et éminents médecins aliénistes, il n'est pas possible de déterminer avec une clarté et une précision suffisantes les indications de la méthode à suivre dans un cas donné. Ne désespérons pas, l'accumulation des faits et observations systématiques devra nécessairement jeter un jour nouveau sur cette importante question.

D'après Erb ⁽¹⁾, en examinant de près les différentes opinions émises jusqu'ici, il résulte qu'il faut admettre en premier lieu l'*action catalytique* du courant galvanique. La somme des actions groupées sous ce nom a au premier aspect à résister activement à la somme des modifications moléculaires, nutritives et autres, et éventuellement même aux gros troubles inflammatoires et dégénératifs qui peuvent donner lieu à l'aliénation mentale. C'est ce qui reste encore à déterminer.

En second lieu, il faut croire aux *actions vaso-motrices* des courants électriques et spécialement de celles du courant galvanique. Mais, conformément à l'expérience, les troubles vaso-moteurs jouent-ils un rôle prépondérant dans la genèse et le développement des symptômes de beaucoup de psychoses? En outre, pouvons-nous encore espérer indirectement une action modificatrice sur les fonctions de nutrition et de

(1) *Handb. der Electrotherapie*, Leipzig, 1882.

réaction en régularisant ou en modifiant la circulation ? Si nous étions en état d'opérer par une action modificatrice sur les centres vaso-moteurs de la moelle allongée et de la moelle épinière (et les nouvelles expériences de Rieger et de Forster font croire à cette probabilité), ou si d'après Löwenfeld ⁽¹⁾ nous étions à même d'exercer une action sur la circulation cérébrale par l'application directe des pôles sur le crâne, dans tous les cas nous devrions utiliser ces actions puissantes dans des cas déterminés.

Moins encourageant nous semble l'emploi des *actions modificatrices* du courant. Erb considère comme précoce l'assertion de Arndt qui rapporte toutes les actions du courant galvanique à l'anélectrotonus ou au catélectrotonus des appareils nerveux centraux. Il s'oppose à l'intervention exclusive des actions électrotoniques pour expliquer les conséquences thérapeutiques, car jusqu'ici il nous est impossible de définir l'anélectrotonus du cerveau et des vaso-moteurs ! Quoiqu'il en soit le savant professeur de Heidelberg admet les résultats obtenus par son collègue de Greifswald ; il recommande même de multiplier et de contrôler les expériences et de ne pas s'enfermer dans des considérations hypothétiques qui ne tarderaient pas à faire suivre une fausse route aux recherches nouvelles. En tout cas les observations de Arndt sur l'action variable des deux pôles restent acquises et offrent le plus grand intérêt pour ceux qui veulent poursuivre les études électrothérapiques.

Enfin, comme nous l'avons déjà mentionné, l'*action excitante* des courants électriques rend des services en médecine mentale. L'excitation périphérique des nerfs cutanés et musculaires est évidente ; elle exerce une action modificatrice sur les fonctions et la circulation des organes centraux. Nous ne saurions encore préciser si une excitation directe du cerveau et de la moelle, et spécialement de la moelle cervicale, peut

(1) *Zur Electrotherapie des Gehirns*, München, 1881.

être de quelque utilité; nous le supposons et il se pourrait fort bien qu'une partie des actions électrotoniques de Arndt trouve ici sa place.

C'est encore Erb qui a posé le plus nettement les règles qui doivent guider le débutant en électrothérapie.

Il recommande de commencer avec des *cas récents et relativement bénins* et spécialement avec les *états psychopathiques vagues* qui ne sont pas encore parvenus à leur complet développement, les états d'angoisse pathologique accompagnés d'insomnie et qui ne sont pas encore suffisamment classés. Dans ces cas on pratiquera la galvanisation longitudinale ou oblique de la tête, ou éventuellement on pourra diriger le courant d'après Löwenfeld qui, dans le but de favoriser la circulation cérébrale, applique l'anode dans la nuque et la cathode au front, tandis que pour diminuer l'afflux du sang vers le cerveau l'anode est appliquée au front et la cathode à la nuque; on peut en même temps recourir à la galvanisation du grand sympathique et de la moelle cervicale.

Si ces cas sont compliqués d'une anémie prononcée, d'une faiblesse et d'un relâchement général, d'une insuffisance de la digestion et d'autres symptômes analogues, on peut mettre à l'essai la faradisation générale seule ou alternant avec la galvanisation.

Dans les *cas plus difficiles et pleinement confirmés*, dans la mélancolie, la stupeur et autres états analogues, dans la catatonie, les psychoses hystériques et réflexes, etc., Arndt recommande de débiter par l'action unipolaire du courant galvanique sur la tête, la nuque, le grand sympathique, etc., en ayant soin d'augmenter successivement, mais avec précaution, l'intensité et la durée du courant; dans ce cas, le pôle indifférent sera appliqué aux pieds ou à la paroi abdominale. Le choix de l'électrode différent dépendra ici surtout de la nature des troubles somatiques existants et spécialement des troubles vaso-moteurs, circulatoires et respiratoires, et de la direction de l'anomalie psychique, excita-

tion ou dépression. Dans les états d'excitation très prononcée, et surtout à leur début, on donnera la préférence à l'anode; dans les cas de grande dépression et dans les états torpides, ou bien encore en présence des symptômes de faiblesse vasomotrice et de paralysie, et conséquemment à la période du début comme dans la mélancolie secondaire, la mélancolie avec stupeur, etc., on aura recours à la cathode. On n'oubliera pas dans ces circonstances que le traitement commençant n'est qu'un essai et que bien des fois on a observé un résultat favorable avec un pôle apparemment contre-indiqué.

Les résultats de l'*examen électrique* n'ont pu fournir jusqu'ici des indications suffisantes pour le choix thérapeutique du pôle différent. Les données fournies par Benedikt et Tigges ne sont pas concordantes, spécialement en raison de l'impossibilité dans laquelle se trouvaient ces auteurs de pratiquer convenablement l'examen quantitatif de l'excitabilité.

Nous avons énuméré les différentes méthodes recommandées pour le traitement par les courants électriques; si telle méthode ne convient pas, on ne peut désespérer *a priori* de l'application d'une autre méthode. Ainsi, dans la *stupeur* et les *états stuporeux*, même dans la *simple dépression mentale*, le courant faradique, sous forme d'excitation électrocutanée à différents endroits, peut également rendre des services; nous en dirons autant de la faradisation générale.

Arndt, Erb, Tigges, Newth, Wigglesworth ont tous obtenu de très beaux succès dans ces formes de maladies mentales.

Dans la *mélancolie périodique*, en dehors du traitement du début qui très souvent ne donne pas le résultat voulu, on pourrait instituer un traitement électrique en dehors de l'accès dans le but d'obtenir une prolongation du retour de la maladie ou, si la chose est possible, d'essayer d'en empêcher le retour. Dans ce cas, Erb recommande d'abord la galvanisation de la tête et même le port régulier d'un simple élément galvanique sur la tête. Neftel obtint un succès par la galvanisation du grand sympathique dans un cas de mélancolie périodique accompagnée de symptômes vaso-moteurs.

En dehors du traitement de la tête et du grand sympathique dans la *démence paralytique*, on pourrait encore pratiquer la galvanisation de la moelle cervicale et même de toute la moelle épinière. Dans ce cas, Schüle recommande le courant ascendant, mais il importe d'observer ici qu'on doit se régler d'après les circonstances. Nous avons déjà fait comprendre que dans cette affection, comme dans toutes les maladies mentales à lésions organiques prononcées, il ne faut pas s'attendre à un grand résultat.

Dans les états d'excitation très prononcée, tels que la *manie aiguë*, il est inutile d'instituer le moindre essai. Nous en dirons autant de l'hyperesthésie nerveuse généralisée et spécialement dans les cas d'hyperesthésie psychique où généralement l'idée d'un traitement par l'électricité jette le malade dans la plus grande angoisse et augmente le degré de son excitation. Il paraît donc exister une contre-indication pour ce traitement et si on tient absolument à l'essayer, on devrait l'appliquer avec les plus grandes précautions.

Chez plusieurs aliénés on peut instituer, isolément ou spécialement, le traitement de *quelques symptômes* :

L'*insomnie* purement nerveuse, qu'elle soit complète ou incomplète, peut être sensiblement améliorée, même guérie, par la galvanisation de la tête ou du grand sympathique, parfois aussi par la faradisation générale et le bain électrique.

Les *hallucinations*, surtout celles de l'ouïe qui sont accompagnées d'hyperesthésie galvanique du nerf acoustique, peuvent être traitées par la galvanisation. Erb la recommande aussi contre les bourdonnements nerveux de l'oreille; Jolly n'en a pas obtenu des résultats avantageux, mais Tigges et Erlenmeyer en ont enregistré des succès. Fischer a obtenu un brillant résultat par la galvanisation de la tête dans le cas d'une hallucination de l'ouïe sans hyperesthésie du nerf acoustique. Althaus a guéri des hallucinations auditives qui duraient depuis plusieurs jours par une seule application galvanique sur les centres auditifs.

Les *différentes sensations à la tête*, aussi bien les sen-

sations générales des céphalalgies, la sensation de pression dans toute la tête ainsi que les douleurs locales soit dans la région occipitale, soit dans la région frontale, ou dans les branches du n. trijumeau, la sensation de sécheresse dans les yeux, etc. donnent des résultats très favorables à l'électrothérapie par les courants constants. On peut se servir ici utilement de tous les procédés recommandés plus haut, de même que du traitement local qui consiste à appliquer l'un des électrodes tout près de l'occiput et l'autre, stable ou labile, aux endroits qui sont le siège des sensations. La *chaleur à la tête*, souvent accompagnée de rougeurs à la face, s'améliore très souvent par ce mode de traitement. — Nous ne pouvons manquer de relever ici que l'emploi des courants trop intenses, spécialement quand on les emploie à la tête ou au grand sympathique, peuvent aggraver la situation.

On a également obtenu des résultats très favorables dans les *sensations au tronc et aux membres* par l'application des courants ascendants et descendants au dos, ou par le traitement du grand sympathique et de la tête. Il arrive souvent que par ce dernier traitement on soulage non seulement les sensations de la tête mais à la fois celles du tronc et des membres. On a encore obtenu de très beaux succès en appliquant l'un des électrodes sur la partie correspondante de la colonne vertébrale et l'autre sur le trajet nerveux qui y conduit. De cette manière, on agit à la fois sur les racines nerveuses et sur le plexus. — Le courant induit a encore donné de bons résultats dans les diverses sensations, soit sous forme de brosse ou à l'aide d'électrodes plus ou moins larges appliqués sur les endroits endoloris de la peau. Quelques auteurs obtinrent des succès en alternant ce courant avec le courant galvanique. — La durée de l'opération est très variable. Souvent les sensations reviennent quelques heures après, soit au même degré ou avec un certain soulagement; mais la prolongation du traitement finit par donner une amélioration durable jusqu'à un certain degré.

Dans les différentes sensations à la région épigastrique

le traitement du grand sympathique (pneumogastrique, etc.), de l'épine dorsale et de la tête s'est montré très favorable.

Le *ptyalisme* a pu être vaincu dans une série de cas sous l'action du courant continu.

Quant aux phénomènes d'*excitation motrice*, ils ne cèdent pas facilement sous l'action de la galvanisation.

Les *sensations pathologiques de l'angoisse* disparaissent souvent par la faradisation ou la galvanisation du creux de l'estomac ou de la région précordiale. Erb, dans son travail, en publie une observation.

Les *anesthésies*, les *parésies*, les *atrophies* chez les aliénés sont traitées comme symptômes partiels par des méthodes spéciales et propres à ces différents états pathologiques. — *L'anémie générale*, la *dyspepsie*, l'*amaigrissement*, la *constipation*, etc., peuvent être traitées avantageusement en partie par la faradisation générale, en partie par un traitement électrique local.

Après avoir décrit les principaux procédés opératoires et les indications pour l'emploi des courants électriques d'après les travaux de Erb, Arndt, Tigges, Beard et Rockwell, nous terminerons ce travail en présentant, sous une forme résumée les principaux résultats obtenus par l'électrothérapie dans les dernières années. Le travail de Tigges, publié en 1885, nous fournira ici les principaux matériaux.

Mélancolie. — Quinze cas de mélancolie ont donné des *résultats particulièrement avantageux*. Ils étaient accompagnés de sensations plus ou moins prononcées. Dans 3 de ces cas la manie avait précédé la mélancolie, dans un cas la mélancolie fut accompagnée des symptômes du *delirium tremens*. Deux cas furent associés à un état d'excitation et un autre cas fut précédé d'une forte agitation. La mélancolie fut compliquée une fois de phénomènes hystériques, une autre fois de tremblements; une troisième fois de phénomènes parétiques, une quatrième fois de parésie des cordes vocales.

La durée de la maladie fut de 1 mois dans 4 cas, de 2 mois dans 3 cas, de 3 à 6 mois dans 4 cas, de 1 à 1 1/2 année dans 3 cas et de 2 années dans 1 cas.

L'action du courant galvanique fut particulièrement heureuse dans 5 cas (mélancolies peu graves) : 2 cas, précédés de manie, guérèrent l'un au bout de 2, l'autre au bout de 4 mois; un 3^e cas, précédé des symptômes du delirium tremens, guérit endéans les 4 semaines; un 4^e cas, compliqué d'une grande angoisse, céda au bout de 2 mois et le 5^e, précédé d'agitation et de tremblement, guérit après une année. Dans les 5 cas, l'amélioration se dessina déjà du 7^e au 16^e jour de traitement et la guérison fut obtenue du 11^e au 30^e jour.

Le traitement galvanique fut encore prolongé pour faire disparaître les restes des sensations dont les malades se plaignirent. — A ces 5 cas il faudrait en ajouter un qui durait depuis 3 mois; il s'améliora après 5 jours de traitement et fut guéri après 11 semaines; — un autre, compliqué d'une parésie des cordes vocales, datant de plus d'un an et qui, après un traitement de 3 semaines, était déjà considérablement amélioré. Le 7^e cas, datant déjà de 6 ans et affectant depuis 4 mois une forme très aiguë, s'améliora depuis le 6^e jour et fut considérablement amélioré après 7 semaines; toutefois un traitement prolongé de 80 jours ne put le guérir complètement.

Une femme dont l'intelligence laissait à désirer depuis plusieurs années, était devenue mélancolique depuis 6 mois. Son état était compliqué d'agitation et de nombreux phénomènes hystériques (analgésies, sensations, troubles digestifs). Au bout de 12 jours de traitement galvanique, il y eut une amélioration qui fut très prononcée après 1 1/2 mois; un traitement prolongé ne parvint pas à la guérir complètement.

Dans un cas de mélancolie avec imbecillité, sensations et phénomènes parétiques datant déjà de 9 mois, la galvanisation modifia heureusement tous les symptômes, mais la guérison ne put être achevée.

Pour les 5 cas restants, il n'y eut que des mélancolies simples, dont un seul cas survenu à la suite d'un accès de manie. La durée de la maladie était respectivement de 6 semaines, 6 et 17 mois, 2 ans, et le dernier cas de 7 semaines. 3 de ces cas guérèrent, 2 autres s'améliorèrent.

Tigges rapporte une série de 16 cas de mélancolie, où les résultats furent heureux mais moins frappants. Tous offraient également des sensations multiples.

4 fois la mélancolie avait été précédée de manie et 1 de ces malades souffrait de bourdonnements d'oreilles. — 3 fois une mélancolie tranquille avait débuté par un état de mélancolie avec agitation et 1 de ces cas, probablement chez un héréditaire, était compliqué de ptialisme. 4 autres malades étaient des mélancoliques tranquilles et un de ceux-ci souffrait déjà depuis bien longtemps. Deux autres cas semblaient compliqués d'imbécillité.

La maladie durait depuis 2 mois dans 2 cas, de 3 mois dans 1 cas, de 4 à 6 mois dans 5 cas, de 7 à 12 mois dans 4 cas, de 2 ans dans deux cas, de 3 ans dans 1 cas, et de 4 ans dans le dernier cas.

Dans ces différents cas, Tigges obtint trois terminaisons heureuses, dont 2 cas de dépression après manie qui duraient respectivement depuis 4 mois et 1 année et où la guérison fut complète après 15 et 25 jours; le 3^e cas qui avait débuté, il y a 3 mois, fut guéri au bout de 8 jours; toutefois il y eut une récédive qui se termina par la guérison au bout de 7 semaines. — 4 cas présentèrent cette particularité de s'améliorer très promptement par le courant galvanique, mais l'amélioration ne put atteindre la guérison. Ils avaient été précédés l'un d'un accès de manie, l'autre de mélancolie agitante; les 2 derniers étaient des mélancolies simples. — Dans 2 cas la guérison fut complète en 3 mois; dans un autre cas il y eut une guérison apparente au bout de 5 semaines, mais un traitement prolongé de 4 mois ne put la rendre complète; un autre cas, compliqué de sensations dans la tête et les jambes, fut guéri en 4 mois et un dernier guérit au bout de 3 mois. — 3 autres cas furent traités avec succès par le traitement galvanique, mais ils furent suivis de récédives multiples. Un mélancolique qui était à sa 2^e récédive et un autre qui en était à sa 4^e, furent améliorés après un traitement de 2 et 9 mois. — 5 cas avaient été très favorablement influencés par le courant galvanique pour ce qui

concerne leurs sensations. 3 de ces malades étaient imbéciles et leur maladie avait une durée respective de 10 et 13 mois, et 5 années. Une salivation, compliquant la mélancolie d'un de ces malades, disparut sous l'action du traitement. Les deux derniers malades de ce groupe furent notablement améliorés après un traitement d'une durée respective de 40 jours, 5 mois et 5 1/2 mois. — Le dernier cas enfin fut une mélancolie consécutive à un accès de manie datant déjà de 4 mois et qui guérit en 40 jours.

Dans une troisième série de 38 cas de mélancolie rapportés par l'auteur, le courant galvanique n'eut qu'une *action favorable partielle ou momentanée*. Tous ces cas étaient accompagnés de sensations périphériques diverses. Il y eut 9 cas de mélancolie simple : 3 cas précédés d'une mélancolie agitante et 5 cas précédés d'une manie ; 15 fois la mélancolie était agitante ; elle était chronique, 1 fois, périodique, 1 fois, périodique alternant avec la manie, 3 fois. — Il y avait plusieurs fois des complications motrices (accès épileptiques, contractions toniques périodiques dans les membres, contractions cloniques, mouvements choréiques accompagnés ou non de rougeurs de la face). Le pyalisme s'est présenté 1 fois, les bourdonnements d'oreille, suites de lésions organiques, ont été observés 3 fois.

15 cas de cette maladie peuvent se rattacher à la série précédente en raison de l'heureuse influence de la galvanisation sur les sensations et le moral. Cette influence heureuse fut obtenue par un traitement d'une durée respective de 2 mois dans 4 cas, 3 mois dans 3 cas, 6 mois dans 2 cas, 9 mois dans 4 cas et 1 1/4 mois dans 2 cas. Il y eut guérison dans 6 cas, amélioration dans 5 cas, incurabilité dans 2 cas, décès dans 1 cas. 1 cas resta sans solution.

A ces 15 cas il faut en ajouter 7 qui s'améliorèrent pendant un certain temps et 4 autres dont l'amélioration ne se maintint que pour autant que les malades restèrent sous l'influence de la galvanisation.

Dans 9 autres cas le traitement n'eut qu'une action favo-

nable sur le moral et les sensations, etc.; mais dans aucun d'eux il n'y eût une amélioration bien importante. — Dans les 3 derniers cas l'influence fut douteuse ou annulée par d'autres complications, telles que l'explosion d'une manie.

Enfin dans la description d'une quatrième série composée de 27 cas, Tigges n'observa pas *la moindre influence sur la marche de la maladie*; tout au plus put-il améliorer quelques symptômes isolés. Presque tous ces cas étaient compliqués de sensations diverses.

Mélancolie avec stupeur. — Tigges traita par le courant galvanique deux catégories de mélancolies avec stupeur; dans l'une des catégories se trouvaient les cas de mélancolie avec stupeur proprement dite, dans la deuxième catégorie la stupeur n'existait qu'au premier degré. Comme pour les autres cas susmentionnés l'auteur les divise en quatre classes :

Dans 3 cas il eut un *succès évident*; la maladie duraît depuis 2, 4 et 6 mois et fut guérie au bout de 43 jours, 80 jours et 4 mois.

Dans 7 autres cas il eut un *résultat favorable mais moins frappant*. Ces cas dataient depuis 5 semaines à 3 mois et furent guéris après un laps de temps variant de 4 semaines à 5 1/2 mois.

Dans 13 cas le *résultat ne fut que partiel ou temporaire*. Dans la description que l'auteur en fait, nous relevons que le courant galvanique eût après chaque séance une action avantageuse sur le moral, la mémoire, la parole et la sensibilité, mais l'effet ne put se maintenir.

Enfin 4 fois le *résultat fut nul ou laissa à désirer*.

Les travaux de Wigglesworth, Beard et Rockwell, Emminghaus, Benedikt et d'autres encore confirment les résultats de Tigges. Emminghaus donne la préférence à la faradisation générale et n'opère la galvanisation systématique de la tête que lorsque celle-ci est le siège de sensations désagréables.

Manie. — Les expériences de Tigges sur les maniaques se limitent à 15 cas : 6 cas de manie simple dont 2 compliqués d'anesthésie, 2 avec sensations et 1 avec phénomènes hysté-

riques et convulsifs ; 2 cas de manie chronique avec sensations, 1 cas de manie chez un imbécile, 1 cas de manie délirante, 7 cas de manie périodique dont 4 avec sensations et 1 avec hallucinations auditives et visuelles.

De tous ces cas il n'obtint qu'une seule guérison ; 7 fois il eut une amélioration partielle ou temporaire et dans 7 autres cas le résultat fut insuffisant ou nul.

Malgré ces résultats apparemment défavorables, le courant galvanique mérite néanmoins d'être préconisé d'après Tigges, ne fut-ce que pour amender certains symptômes, tels que les sensations, l'agitation et même parfois le moral.

Délire chronique. — Dans cette forme de maladie mentale le succès obtenu par la galvanothérapie ne peut supporter la comparaison avec les résultats obtenus dans les mélancolies. Tigges ne put obtenir aucune amélioration générale sous l'action des courants, même après un traitement prolongé.

Dans 11 cas il obtint une *amélioration passagère ou partielle*, spécialement par rapport aux sensations, à l'insomnie, aux tremblements et même aux hallucinations de l'ouïe. Dans un cas compliqué de salivation, ce symptôme cèda sous l'action du courant galvanique.

Dans 14 cas le résultat fut pour ainsi dire nul.

Démence. — Dans la démence la galvanisation ne produit que des *résultats partiels ou passagers*. Tigges en a rencontré 14 cas de variétés différentes ; 5 fois il y eut une amélioration considérable des sensations, 1 fois l'agitation se calmait. Dans 5 autres cas l'amélioration portait sur le moral quoique la maladie avait une durée de 3 à 10 ans.

Dans 16 cas, le *résultat fut presque nul* ; 11 fois il y eut une amélioration dans les idées délirantes, les sensations, les hallucinations auditives et la salivation ; dans 5 cas il n'y eut qu'une amélioration dans les sensations ; 4 fois le résultat fut nul.

Paralysie générale progressive. — Tigges ne mentionne pas dans son travail s'il a fait des essais de galvanisation chez les paralytiques. Mais Heyden en a fait sur 9 malades ; il

n'obtint qu'un seul résultat relativement favorable chez un patient dont la maladie ne datait que depuis 3 mois. Ce malade jouit depuis 1 $\frac{1}{2}$ année de la liberté et a repris ses occupations habituelles. Il est vrai que Heyden n'en tire aucune conclusion sachant qu'il y a parfois des paralytiques qui, sans subir le moindre traitement, arrivent à une rémission plus ou moins complète. Chez sept autres paralytiques récents, il n'obtint pas la moindre amélioration. Chez son neuvième malade, il réussit à soulager les sensations qui le tourmentaient depuis 9 mois, mais l'état mental resta stationnaire.

Heyden ne recommande la galvanisation que dans la paralysie générale de date récente et n'excédant guère trois mois. Son expérience confirme les résultats de Hitzig et de Schüle qui citent également des résultats favorables, mais passagers. Erb n'en mentionne que des résultats négatifs.

FOLIES NÉVROSQUES. — Dans les folies compliquées d'épilepsie, de chorée, d'hystérie et d'hypocondrie, l'électricité a rendu bien des fois des services très importants.

Épilepsie. — Tigges traite 6 épileptiques par la galvanisation. Il n'en obtint qu'une amélioration notable dans 1 cas, une amélioration passagère dans 3 cas et 2 fois un résultat nul.

Il y a à peine deux ans, Rockwell publia les résultats de ses recherches sur la valeur de l'électricité dans le traitement de l'épilepsie. Pour cet auteur, le courant électrique exerce, dans certains cas qu'il ne spécifie pas, une action très favorable; le courant employé à lui seul, ne guérit pas cette maladie, mais il réussit parfois là où le traitement est combiné avec l'administration des bromures. L'électricité serait essentiellement efficace chez les épileptiques qui ont des accès nocturnes. Quant à la méthode d'électrisation préconisée, Rockwell accorde le plus de confiance à la galvanisation centrale et à la faradisation générale.

Dans certains cas l'électricité ne semble exercer aucune influence sur l'épilepsie, mais néanmoins elle parvient bien des fois à calmer des symptômes neurasthéniques qui l'accom-

pagnent souvent. Enfin Rockwell a observé que les bromures sont mieux tolérés et que l'acné consécutif à l'emploi de ces médicaments est bien moins prononcé si leur administration est combinée à un traitement par l'électricité.

Dans l'opération de la galvanisation centrale, Rockwell recommande beaucoup d'éviter les interruptions du courant, ces dernières pouvant donner lieu à des accès épileptiques.

Hystérie. — C'est une des maladies qui a été l'objet du plus grand nombre d'essais électrothérapiques. Mais les plus grandes autorités (Beard et Rockwell, de Watteville, Mor. Meyer, Emminghaus, Erb, etc.) sont d'accord pour louer les bienfaits de la faradisation générale et pour recommander un traitement symptomatique là où il se trouve particulièrement indiqué, comme p. ex. dans les anesthésies, les paralysies, les crampes, les névralgies et les hyperesthésies. Erb recommande encore la galvanisation centrale et celle de la colonne vertébrale à l'aide d'un courant ascendant stable en ayant soin d'y comprendre spécialement la moelle cervicale et à la fois le grand sympathique.

Erb et Lehr se servent avec avantage des bains électriques dans cette affection nerveuse.

Chorée. — De Watteville, Mor. Meyer, A. Berger et Erb recommandent la galvanisation des régions motrices du cerveau dans le traitement de cette maladie. Quelques auteurs donnent la préférence à la galvanisation de la moelle avec un courant ascendant faible; d'autres encore font suivre la galvanisation de la tête de celle du grand sympathique et de la moelle cervicale. Dans la chorée toutefois le traitement électrothérapique ne réussit que dans le jeune âge et spécialement dans les cas où l'on n'a pu découvrir aucune cause organique.

Hypocondrie. — L'électrothérapie donne très souvent des résultats positifs dans cette maladie. Erb, Benedikt, de Watteville, Beard et Rockwell recommandent ici la faradisation générale. Emminghaus la déconseille chez les enfants et prétend même que ce procédé opératoire aggrave singulière-

ment les sensations diverses si fréquentes chez ceux qui en sont atteints; aussi, comme d'ailleurs Beard le fait souvent, donne-t-il la préférence à la galvanisation de la tête.

En dehors de ce traitement général, le traitement symptomatique par le courant électrique constitue un excellent adjuvant dans la thérapeutique de cette maladie.

Neurasthénie. — Les symptômes de la neurasthénie cérébrale, spinale ou vasomotrice peuvent compliquer plusieurs cas d'aliénation mentale. Il en est même où ces symptômes ont une telle prédominance dans la maladie mentale que bon nombre de médecins aliénistes croient à l'existence d'une folie neurasthénique. En tout cas, si l'électrothérapie semble incapable de combattre complètement cette maladie, elle n'en est pas moins un adjuvant très précieux. Tous les auteurs sont unanimes à préconiser ici les avantages de la faradisation générale. de Watteville recommande de prolonger un peu dans cette opération la faradisation des régions frontale et occipitale; Emminghaus, tout en se déclarant partisan de ce traitement, recommande de faradiser avec précaution.

Erb, de Watteville et Emminghaus opèrent également la galvanisation régulière de la tête, suivie ou non de la galvanisation par courant ascendant du grand sympathique et de la moelle cervicale. Lehr fait un grand usage des bains électriques et en a déjà obtenu une série de résultats très satisfaisants.

Si la neurasthénie se complique de troubles vaso-moteurs, de phénomènes congestifs du côté de la tête ou de la moelle, on peut recourir au procédé de Rumpf qui consiste à traiter de grandes surfaces du tronc et des extrémités par la brosse faradique.

Enfin, nous ne ferons que mentionner les maladies mentales qui sont compliquées d'une lésion organique, susceptible à son tour d'être heureusement modifiée par les courants électriques. Ainsi Tigges et d'autres observateurs ont appelé

l'attention sur les psychoses compliquées de *sclérose des cordons postérieurs de la moelle* dans la plupart des cas où l'état mental était de nature dépressive; ils ont obtenu des résultats très satisfaisants. Dans quelques cas le courant galvanique se montra favorable aussi bien pour ce qui concerne les symptômes psychiques que pour ceux qui se rattachent au *tabes*. Dans d'autres cas encore il eut une action palliative telle que l'on constata la suspension des sensations, de l'excitation, des idées délirantes, etc., pendant plusieurs mois consécutifs.

Liste des ouvrages les plus récents sur l'électrothérapie :

- BEARD et ROCKWELL. *Medical and surgical Electricity*, New-York, 6^e éd., 1888.
- DE WATTEVILLE. *A pratical introduction to medical electricity*, 2^e éd., 1885.
- ROSSBACH. *Lehrbuch der physikalischen Heilmethoden*, München, 1881.
- MEYER. *Die Elektrizität in ihrer anwendung auf die practischen Medicin*, 4^e Aufl., 1881.
- MÜLLER. *Zur Einleitung in die Elektrotherapie*, Wiesbaden, 1885.
- ERB. *Handbuch der Elektrotherapie*, 2^e Aufl., Leipzig, 1885.
- ZIEMSEN. *Die Elektrizität in der Medicin*, 5^e Aufl., Berlin, 1886.
- LEWANDOWSKI. *Elektrodiagnostik und Elektrotherapie, einschliesslich der physikalischen Propädeutik*, Wien, 1887.
- Journal d'électricité médicale*, Paris, depuis 1888.
- ERDMANN. *Die Anwendung der Elektrizität in der praktische Medicin*, 4^e Aufl., 1887.
- ROSENTHAL und BERNHARDT. *Elektricitätslehre für Mediciner und Elektrotherapie*, 3^e Aufl., Berlin, 1883.
- BARDET. *Traité d'électricité médicale*, Paris, 1884.
- ONIMUS et LEGROS. *Traité d'électricité médicale*, Paris, 1888.

ANALYSES D'OUVRAGES.

LA CATATONIE, par MM. SÉGLAS ET CHASLIN.

Analyse par M. le Dr CUYLITS.

Il importe de lire ce travail, si l'on veut se faire une idée exacte de la valeur de cette expression, assez généralement inusitée, incomprise souvent, contestée même dans son pays d'origine, *La catatonie*. Si de Berlin elle a pris son essor en 1874 sous la haute protection de Kahlbaum et est arrivée jusqu'à nous, il faut cependant reconnaître que sa fortune n'a pas été des plus heureuses et l'on peut même prévoir que le mécompte et l'oubli sont au bout. Cela ne ressort que trop bien de l'étude approfondie et consciencieuse qu'en ont faite MM. Séglas et Chaslin. Qu'entend-on par *Catatonie* ou *Spannungs-Irresein*? Comme la paralysie générale, cette maladie présenterait à côté de certains symptômes psychiques définis, un ensemble de phénomènes somatiques. Elle n'était assurément pas ignorée jusqu'ici; on se contentait de l'appeler *melancolia attonita*, ou plus brièvement *attonität*, ou plus clairement *mélancolie avec stupeur*, marquant ainsi en deux mots les traits dominants de la maladie. C'est donc dans le groupe des mélancoliques qu'on la retrouve. Si vous rencontrez un malade ayant eu au début de sa maladie des attaques épileptiformes ou d'autres manifestations de crampes arrivant par attaques, que ces phénomènes s'exagèrent au cours de la maladie, engendrent la flexibilité cireuse de l'*Attonität* et persistent encore dans la démence terminale, que sous le rapport psychique le malade présente une sorte d'*extase pathétique*, parle en longs discours, et prenne un ton déclamatoire, vous aurez découvert un *catatonique*.

Nous n'insistons pas autrement sur les divers aspects que peut présenter ce malade. Il peut être mélancolique, maniaque, stupide, dément, mais le stade mélancolique domine, si ce n'est la stupeur. La marche en est cyclique. Après un début lent et progressif, la catatonie arrive à un stade d'acmé et redescend se perdre dans une démence.

On peut en faire le diagnostic avant le stade de stupeur par

l'examen attentif du stade d'exaltation. En effet, le *caractère pathétique*, l'exaltation théâtrale, l'extase tragico-religieuse se traduisent dans les paroles et les actes des malades. Très souvent on signale la répétition de mots et de phrases sans aucun sens, prononcés comme si le malade faisait un discours. Quant aux symptômes somatiques, ils sont tous basés sur une perturbation de l'innervation motrice. Très fréquemment et surtout dans l'état de stupeur, on constate une flexibilité cireuse des membres : on peut trouver aussi dès le début des convulsions choréiformes, épileptiformes, tétaniformes, du trismus, des convulsions générales ou partielles. Tels sont les traits principaux de la *catatonie*. L'étiologie ne présente rien de particulier. Le pronostic en est favorable ; elle ne crée pas une hérédité fâcheuse pour les descendants.

Pour ce qui touche à l'anatomie pathologique, il y aurait au début une stase dans tous les vaisseaux cérébraux avec exsudation séreuse qui amène le ramollissement du tissu du cerveau sans rétraction, mais avec formation d'exsudats à la surface intérieure et sur les enveloppes, particulièrement l'arachnoïde et surtout à la base.

En résumé, la catatonie est une maladie cérébrale à marche changeant d'une façon cyclique de telle sorte que les symptômes psychiques revêtent successivement la forme de la mélancolie, de la manie, de la stupeur, de la démence loquace, et enfin de la démence complète. D'un autre côté, apparaissent comme *phénomène capital* les troubles du système nerveux moteur présentant le caractère général de la *crampe*.

Le diagnostic n'en serait vraiment difficile que dans deux cas : d'abord c'est dans la première moitié de la maladie, quand le mutisme n'est pas continu et que les symptômes neuro-moteurs ne sont pas encore apparus. L'attitude pathétique et la répétition obstinée d'un mot sont alors caractéristiques. Le second cas difficile sera celui où chez des individus mélancoliques depuis longtemps sans symptômes neuro-moteurs, il se développe du mutisme sans raideur musculaire et sans changement des troubles intellectuels mélancoliques. Des signes importants pour le diagnostic seront alors la répétition d'un mot ou d'un discours, les habitudes stéréotypées, l'entêtement, la résistance. Nous n'avons pas la prétention de refracer ici et en suivant MM. Séglias et Chaslin toutes les variétés de catatonie, toutes les nuances : il faudrait reproduire l'opuscule lui-même. Ces auteurs ont le grand mérite d'avoir patiemment et laborieusement sans doute, dégagé de mille obscurités et d'écrits sans nombre de nos voisins d'Allemagne, la figure plus nette, plus précise du catatonique, puisqu'on a tenté de lui donner ce nom ; car en Allemagne, dans son berceau, les partisans eux-mêmes témoignent de

dissidences. Hecker n'est pas absolument d'accord avec Kahlbaum, Brosius a sa doctrine, tout comme Meynert et Schüle qui semblent se rapprocher le plus de la réalité clinique; au delà des mers Kiernan et Hammond en dissertent autrement. Puis, chose plus grave, à côté de ces auteurs qui admettent la conception de la catatonie, bien d'autres sont d'un avis tout opposé: c'est Arndt qui en nie l'existence comme forme essentielle, c'est Westphal qui n'y voit qu'une *verrücktheit* aiguë un peu particulière et nulle crampe, c'est Tigges qui, à l'assemblée des aliénistes allemands, à Nuremberg en 1877, déclare n'y voir qu'une série de symptômes, c'est Kraft-Ebing qui n'en fait qu'une variété de la folie circulaire.

En France jusqu'ici, on l'avait décrite sous le nom de stupeur ou de mélancolie avec stupenr et M. Ritti dans son traité clinique de la folie à double forme en 1883 signale la présence des états cataleptiques dans la période mélancolique. MM. Ségla et Chaslin discutent à leur tour la symptomatologie de la catatonie et la contestent. Nous n'avons pas dessein de les suivre dans cette longue discussion, très logiquement conduite à notre avis.

Passons aux conclusions :

La tentative de Kahlbaum a été approuvée par peu d'auteurs. Kahlbaum, pour créer la catatonie, insiste sur deux points : 1° la non-existence de l'*attonitât* ou stupeur autrement que comme symptôme; 2° la présence comme règle dans tous les cas de stupeur de phénomènes dits catatoniques.

Sans doute la stupeur se rencontre à côté d'états maniaques, hypocondriaques, mélancoliques; cela ne se conteste point, mais quelle est donc l'affection vésanique qui se constitue d'emblée ou reste identique à elle-même pendant toute sa durée? L'exaltation mentale, la dépression, l'hypocondrie morale ne sont-elles pas au début de toutes les vésanies? La stupeur peut donc être considérée comme la période d'état d'une maladie dont les autres phases n'étaient que des stades prémonitoires et souvent d'une durée peu longue eu égard à celle de la période de stupeur.

Le second point sur lequel insiste Kahlbaum, la nécessité des phénomènes catatoniques, est combattu avec une grande force d'argumentation par les honorables auteurs. Ils démontrent que dans la grande majorité des observations publiées, il n'est pas trace de phénomènes catatoniques. Dira-t-on que le mutisme, l'entêtement, l'immobilisme voulu du stupide en sont? Alors tous les stupides, bien des mélancoliques ne seraient que des catatoniques.

MM. Ségla et Chaslin n'hésitent donc pas à déclarer que la tentative de Kahlbaum ne leur semble pas justifiée. Nous ajouterons que si « la catatonie » avait quelque jour meilleure fortune, ce ne serait pas une maladie nouvelle, mais un barbarisme de plus.

DES TROUBLES MOTEURS POST-ÉPILEPTIQUES, par le Dr A. MASSON,
interne de l'asile d'aliénés de Bailleul (Nord).

Analyse par le Dr JUL. MOREL.

Le présent travail est une thèse de doctorat qui s'occupe de l'hémiplégie, des contractures, des mouvements choréiformes et des troubles de la parole, considérés comme phénomènes moteurs post-épileptiques. Leur étude est précédée d'un historique de la question que nous laissons de côté pour envisager immédiatement les troubles moteurs.

Certaines paralysies se rencontrent le plus souvent à la suite de l'*épilepsie partielle* ou unilatérale; elles sont transitoires au début et finissent par devenir permanentes. Passant en revue les idées émises par Charcot, Carville, Duret, Bravais, Jackson, Pitres, et Fournier pour l'épilepsie syphilitique, l'auteur emprunte, à la « Revue mensuelle » de Charcot et Pitres, quatre observations d'épilepsie avec paralysies, l'une due à une masse tuberculeuse dans la circ. frontale ascendante droite, l'autre provenant d'une tumeur cérébrale, la troisième attribuée à des kystes hydatiques et la quatrième dérivant de lésions multiples (ramollissement et tumeur) spécialement à la 2^e circ. sphénoïdale et à la face antérieure de la circ. frontale ascendante dans le sillon pré-frontal entre les pieds des 2^e et 3^e circ. frontales. Ces faits joints à ceux cités dans l'ouvrage de Landouzy font naturellement conclure que les paralysies post-épileptiques sont dues à la présence d'une lésion dans les couches corticales de l'encéphale.

D'autres paralysies se rencontrent dans l'*épilepsie idiopathique* à la suite des grandes attaques. Avant les recherches de Jackson, en 1881, Todd seul avait mentionné ce genre de paralysies; aussi ses faits furent-ils révoqués en doute et on prétendait que les paralysies n'étaient que le privilège des épilepsies partielles. Aussi l'auteur fait-il justement observer que si l'on admet la paralysie consécutive à une épilepsie partielle, on doit, à plus forte raison, admettre qu'elle peut être la conséquence d'un accès généralisé dont le trouble nerveux est toujours plus profond. Aussi cette paralysie peut-elle être partielle ou complète. Gowers et dernièrement Féré ont appelé l'attention sur cet *état parétique*; Féré même constata chez tous ses épileptiques une diminution de forces, au moins d'un côté. L'auteur a également pu confirmer la disparition du réflexe rotulien consécutivement aux accès et leur retour après un temps très court; rarement il était exagéré, même après les fortes attaques.

Il peut y avoir *mono- ou hémiplégie* (parésie ou paralysie complète). L'auteur relate quelques cas empruntés à Gon (1880) et à Greffier (1882). Autrefois on attribuait ces faits à une congestion encéphalique. Le Dr Masson cite une observation personnelle (accès survenant chaque mois à l'époque de la menstruation et suivi d'une paralysie complète à droite persistant pendant plusieurs jours) qui confirme l'hypothèse de son maître, M. Lemoine, et permet de croire à une relation entre le rhumatisme et l'épilepsie. — Une autre observation personnelle se rapporte à une épilepsie datant de l'enfance, où les convulsions, fréquentes, *prédominaient à gauche* et qui étaient suivies d'une *hémiplégie droite*, le contraire de ce qu'on observe généralement. Ce fait contredit dans une certaine mesure les théories émises jusqu'ici pour expliquer les troubles moteurs post-hémiplegiques. Dans l'intervalle des accès il y a une parésie permanente qui devient hémiplégie à la suite des violents accès en série. En dehors des membres, les muscles de la langue et des lèvres sont probablement parésies, car après les accès il y a une grande difficulté de la parole, un bégaiement, peut-être un léger degré d'aphasie. La distinction était difficile en raison de la faible intelligence de la malade.

Une autre observation, due à M. le prof. Lemoine, donne un exemple d'hémiplégie complète simulant celle que l'on observe à la suite d'hémorragie de la capsule interne. Ici les lésions étaient congestives, le cerveau était très congestionné ainsi que ses membranes. Il n'y avait aucune lésion de la capsule interne. Cette observation donne lieu à faire remarquer qu'une hémiplégie survenant à la suite d'attaques épileptiques ne reconnaît pas forcément comme cause la formation d'une lésion en foyer et peut être sous la dépendance d'une congestion ayant son siège dans les centres moteurs ou bien être due à des phénomènes d'inhibition. — Cette épilepsie était généralisée, classique; elle n'était ni syphilitique, ni alcoolique, ni absinthique; elle confirme donc que les paralysies ne sont pas l'apanage d'une épilepsie partielle.

L'hémiplégie post-épileptique peut encore s'accompagner de *contractures* et celles-ci peuvent exister en même temps qu'elle ou, ce qui est le plus fréquent, survenir à sa suite. L'auteur toutefois rapporte une observation personnelle où la paralysie fut précédée de contractures transitoires.

Dans la dernière observation qu'il relate au sujet de ces paralysies il a noté des *troubles vaso-moteurs*. — L'anesthésie ne fut constatée aucune fois, mais les paralysies peuvent être accompagnées de douleurs qui persistent autant qu'elles.

Le deuxième chapitre de ce travail s'occupe des *contractures* et

débuté par la reproduction du travail de M. Lemoine qui figure dans notre Bulletin de 1888, p. 184. D'après le Dr Masson les paralysies et les contractures ont des rapports pathogéniques très étroits; on les observe souvent ensemble soit que la paralysie ait précédé la contracture ou vice-versa, ou qu'elles aient apparu simultanément. L'auteur néanmoins a tenu à les décrire isolément.

Les *contractures* s'observent chez les sujets qui, à la suite de leurs accès, ont d'abord eu de la paralysie, ou bien encore elles se présentent immédiatement après les attaques sans qu'il y ait eu une paralysie intermédiaire. La contracture peut se manifester pendant l'attaque et se continuer, quand celle-ci est terminée, sans modifications. Ces conclusions sont basées sur une série d'observations empruntées à Bourneville, Pitres, Lemoine et deux autres qui sont personnelles à l'auteur.

Les *contractures latentes*, d'après M. Lemoine, sont des contractures post-épileptiques qui ne se manifestent que lorsqu'on saisit le membre pour le faire mouvoir. Le malade qui les présente peut toutefois exécuter tous les mouvements qu'il désire sans la moindre difficulté. L'auteur base son opinion sur trois observations très intéressantes de son maître, M. Lemoine, sur une observation qui lui est personnelle et sur une cinquième empruntée à Grasset.

Toutes les observations relatées à l'appui des différentes contractures prouvent que leur durée est très variable.

Chez les épileptiques hémiplegiques, comme chez les hémiplegiques ordinaires, on peut rencontrer des *mouvements choréiformes* en dehors des contractures; parfois les contractures et les mouvements choréiformes existent chez le même individu et alternent entre eux. Ces mouvements sont constitués tantôt par des secousses ou des spasmes qui paraissent se rapprocher des contractures latentes, tantôt ils sont très étendus et peuvent arriver à simuler la chorée électrique. L'athétose qui n'est qu'une variété de l'hémichorée a été également rencontrée à la suite des attaques. Il existe encore des hémichorées qui précèdent, pendant un temps plus ou moins long, les attaques épileptiques.

Les *troubles de la parole* sont fréquents chez les épileptiques, mais les observations recueillies jusqu'ici ne permettent pas de séparer les cas avec aphasie de ceux qui sont dus à des paralysies de la langue ou des muscles de la phonation. Aussi l'état mental de ces malades après leurs accès rend-il cette étude très difficile. Les troubles de la parole chez les anciens épileptiques s'exagèrent un peu après les accès. Quant aux *aphasies* que l'on a pu observer chez quelques malades, elles accompagnent souvent la paralysie droite qui se présente après les accès.

Les épilepsies syphilitiques constituent la variété d'épilepsie où les troubles de la parole seraient les plus fréquents.

La *pathogénie* de l'épilepsie avec troubles moteurs consécutifs, termine le travail de l'auteur. A l'autopsie on peut rencontrer une lésion en foyer, des lésions diffuses ou simplement de la congestion; dans certains cas il n'y a pas de lésion.

La *lésion en foyer* existe presque toujours dans les couches corticales, dans la région des centres moteurs. Les épilepsies syphilitiques, d'après Fournier, figurent dans ce groupe. Dans quelques cas la lésion existe en dehors de la zone motrice dans la substance blanche ou les ganglions centraux. On s'en rend d'ailleurs facilement compte en se rappelant qu'il n'est pas nécessaire qu'une action directe soit exercée sur un centre moteur pour amener son fonctionnement, et qu'il suffit qu'il ressente le contre-coup d'une excitation ayant porté sur un centre voisin ou éloigné. Ainsi pour d'autres épilepsies réflexes (irritation de la plèvre ou d'un nerf périphérique, p. ex.) l'excitation partie de la périphérie est transmise aux centres sensitifs, puis aux centres moteurs qui sont mis en jeu et déterminent les convulsions. Ici donc les centres moteurs ne sont pas intéressés mais actionnés par les centres voisins. Si au lieu d'une irritation périphérique il existe une lésion en un point quelconque du cerveau, tout se passe de la même façon; c'est encore une épilepsie réflexe.

Les *lésions diffuses* se rencontrent assez souvent sous forme d'adhérences des méninges avec l'écorce ou sous forme de congestions assez intenses. Très souvent le liquide céphalo-rachidien est augmenté, spécialement dans les cas où il y a eu des paralysies ou des contractures. Aussi l'auteur fait-il observer à juste titre que cette augmentation du liquide céphalo-rachidien est accompagnée d'une congestion des vaisseaux de l'encéphale et que cette abondance de liquide est le résultat de l'augmentation de la tension intravasculaire qui peut-être joue un rôle dans l'apparition des troubles de la motilité et surtout des contractures.

M. Lemoine a encore noté chez des épileptiques, qui avaient présenté pendant la vie des contractures ou des mouvements choréiformes, des petites taches hémorragiques (de nature congestive) disséminées sur les méninges et coïncidant avec une dilatation des capillaires cérébraux et une distension des plexus choroïdes. Il y a là encore un rapport de cause à effet et l'on sait que l'irritation des méninges peut donner lieu à des convulsions et à des contractures.

Il n'existe *aucune lésion apparente* dans le cerveau chez ceux qui n'ont présenté que des troubles passagers.

Comment se produisent ces troubles de la motilité? L'auteur passe à ce sujet en revue les théories de Todd et de Jackson qu'il combat

en partie en s'appuyant sur les observations de Gowers et de Landouzy. Il rejette encore partiellement l'opinion de Gowers; dans tel cas, dit-il, c'est l'hypothèse de l'épuisement, dans tel autre celle de l'inhibition qui fournit l'explication la plus satisfaisante. L'expérience a démontré que la paralysie peut succéder aux convulsions après une excitation prolongée des centres moteurs et la clinique a prouvé que des tumeurs siégeant au niveau des mêmes centres ont amené des résultats identiques. La paralysie par épuisement existe donc en réalité; mais si la lésion existe plus ou moins éloignée de la région motrice, si elle siège dans les zones sensibles ou dans le système nerveux périphérique, il faut admettre que c'est en vertu du mécanisme des actions d'arrêt que le centre moteur des membres paralysés voit sa fonction supprimée.

Les contractures et les mouvements choréiformes sont des symptômes d'une excitation des couches corticales; ils sont plus marqués lorsqu'il existe des lésions localisées de l'encéphalo-méningite ou des petites hémorragies méningées.

Comme on le voit, l'ouvrage du Dr Masson est le fruit d'un travail consciencieux; l'auteur poursuit un des sujets favoris de son maître M. Lemoine et en raison de son énorme extension tout fait prévoir qu'il n'en restera pas là. Le bel asile de Bailleul lui offrira suffisamment de matériaux pour poursuivre ses études sur l'épilepsie. Le Dr Masson vient ainsi agrandir en France le nombre de travailleurs sur cette question et nous pouvons dire aujourd'hui que c'est dans ce pays qu'elle fait actuellement le plus de progrès.

CLINICAL OBSERVATIONS ON EPILEPTIC INSANITY, by DAVID FINLAY, assistant medical Officer in the Glamorgan County Asylum (Bridgend, Wales, 1888).

Analyse par le Dr JUL. MOREL.

Ce travail est une thèse préparée pour l'obtention du titre de docteur en médecine de l'université de Glasgow. Il rapporte 32 cas d'épilepsie (19 H. et 13 F.), tous accompagnés de symptômes psychiques plus ou moins prononcés. Le but principal de l'auteur en préparant sa thèse, était de porter l'attention sur la composition des urines, l'état des réflexes et le traitement.

Pour les 14 premiers cas qu'il rapporte, il a fait une analyse quantitative de l'urine et dans chaque cas, à une exception près, des échantillons d'urine furent pris à différentes périodes de la journée

et examinés quant à la présence du sucre ou de l'albumine. Souvent il arrivait que toute la quantité journalière d'urine ne put être recueillie, le patient ayant eu des urines involontaires ou refusant de les éliminer au moment désiré. Il a ensuite procédé à l'examen quantitatif des sulfates, des chlorures, des phosphates et de l'urée.

Les urines furent recueillies le matin à 6 $\frac{1}{2}$ heures, au lever des malades; à 9 $\frac{1}{2}$ heures, une demi-heure après le déjeuner; l'après-midi à 12 $\frac{1}{2}$, une demi-heure avant le dîner. Tous les malades avaient eu le même repas; aucun n'avait fait un travail fatigant entre le déjeuner et le dîner.

Les réflexes furent examinés chez tous les malades et, là où c'était possible, à différents intervalles des accès épileptiques. Les médicaments employés furent le bromure de potassium, le tartrate d'antimoine seul ou combiné à la teinture d'aconit, la liqueur arsénicale, le sulfate de zinc, le biborate de sodium et l'hydrate de chloral.

L'auteur, malgré les recherches soigneuses qu'il a faites, reconnaît que son nombre d'expériences ne lui permet pas de formuler des conclusions générales. Sur 31 cas, 21 fois il a rencontré de l'albumine et chez les malades, qui avaient constamment des urines albuminuriques, la proportion d'albumine était toujours plus grande immédiatement après un accès convulsif. Dans aucune de ces urines il n'a pu découvrir les produits d'une lésion rénale.

Il n'a rencontré du sucre dans aucun des cas.

Généralement les urines étaient acides, quelquefois la réaction était neutre; très rarement elle était alcaline. La quantité d'urine en 24 heures était petite, le poids spécifique inférieur à celui de l'urine normale. La proportion des sulfates et des chlorures était inférieure à la proportion normale; celle des phosphates et de l'urée était très irrégulière et ce n'est que dans des cas rares qu'elle excédait le chiffre normal.

Le *réflexe rotulien* était exagéré 29 fois; 2 fois il manquait; 1 fois il était normal. Le réflexe du pied était exagéré 23 fois. Chez plusieurs malades le réflexe rotulien disparaissait temporairement après l'accès tandis que le réflexe du pied persistait encore de plusieurs minutes, même des heures après l'accès. Assez souvent il y eut une exagération du réflexe rotulien sans réflexe du pied et vice-versâ.

En jetant un coup-d'œil rétrospectif sur les différentes théories relatives aux réflexes, l'auteur se déclare partisan de la théorie irritative et en déduit pour son étude les conclusions suivantes : 1° les différentes conditions des phénomènes réflexes constatés dans la folie épileptique dépendent d'une hyperexcitabilité des cellules ganglionnaires de la moelle; 2° l'hyperexcitabilité est déterminée par

les modifications irritatives qui se produisent dans les cellules mêmes; 3° ce sont des modifications de nutrition et non des lésions provenant d'une dégénérescence; 4° le réflexe rotulien et celui du pied ont des centres spéciaux dans la moelle épinière.

Quant au *traitement*, l'auteur a donné le bromure dans 29 cas et chez 11 malades les accès cessèrent pendant toute la durée de la médication; 17 fois les accès diminuèrent; 1 fois il resta sans résultat. — Le tartrate d'antimoine, seul ou associé à la teinture d'aconit, ainsi que l'arsenic et le sulfate de zinc n'eurent aucune action favorable. — De petites doses arsénicales préservèrent contre l'acné résultant de l'administration prolongée des bromures. — Le biborate de sodium semble avoir eu une influence heureuse 5 fois sur 6. — L'hydrate de chloral est plutôt nuisible mais il a rendu des services, employé simultanément avec les injections sous-cutanées d'ergotine, dans les accès convulsifs des paralytiques.

Telle est une idée de l'excellent travail du Dr Finlay, qui mérite d'être lu et étudié. Il est pour ainsi dire exclusivement le fruit de recherches personnelles et nous exprimons ici l'espoir que notre honoré collègue n'en restera pas à son premier essai dans la littérature psychiatrique.

REVUE DES JOURNAUX

De la dualité d'action des hémisphères cérébraux, par M. BROWN-SÉQUARD.

Lorsqu'on pratique chez les animaux une hémisection du bulbe au-dessus de l'entrecroisement des pyramides, on observe une faiblesse dans les quatre membres et une paralysie du côté du corps correspondant à la section, paralysie qui est quelquefois plus prononcée dans le membre antérieur que dans le membre postérieur. L'entrecroisement des pyramides ne sert donc pas, comme on l'admet généralement, au passage des fibres qui conduisent le mouvement d'un côté du cerveau au côté opposé du corps.

Quand on fait la section d'une pyramide, on n'observe pas le plus souvent de paralysie, ou cette paralysie est légère et siège du côté opposé à celui de la section. Dans aucun cas la paralysie n'est croisée.

D'autre part, lorsqu'on coupe une moitié du bulbe, on constate que les prétendus centres moteurs du côté correspondant à cette section réagissent avec beaucoup plus d'énergie qu'auparavant aux irritations galvaniques ou mécaniques. On pourrait être tenté d'en conclure, avec Lussana, Valentin, Schiff et quelques autres physiologistes, que l'entrecroisement des fibres qui proviennent des hémisphères s'entrecroisent non plus au niveau, mais au-dessus du bulbe. Il n'en est cependant rien, car, en pratiquant une section de la moitié latérale de la base de l'encéphale au-dessus du bulbe, au niveau du pont de Varole par exemple, on observe les mêmes phénomènes : il n'y a donc pas plus d'entrecroisement au niveau du pont de Varole qu'au niveau du bulbe, ou plutôt cet entrecroisement ne sert pas au passage des fibres conductrices des mouvements volontaires.

La vérité, c'est qu'il y a des entrecroisements dans toute la longueur de l'axe cérébro-spinal et que les fibres des pyramides antérieures sont pour la plupart des fibres excito-motrices, capables de déterminer des mouvements réflexes et rien que des mouvements réflexes.

Si, abandonnant le terrain expérimental, on s'adresse à la clinique, il est indubitable que les lésions qui n'intéressent qu'une moitié

latérale du bulbe ou une seule pyramide donnent lieu, bien plus souvent, à des paralysies directes qu'à des paralysies croisées. Une lésion d'un point quelconque du bulbe, dans un des corps restiformes p. ex., peut également déterminer une paralysie le plus souvent directe. Il y a également des exemples de destruction complète de la pyramide sans qu'il y ait eu une paralysie pendant la vie.

Il résulte de tous ces faits que les voies de communication entre les deux moitiés du cerveau sont doublées et que chaque hémisphère possède à la fois la puissance motrice et sensitive nécessaire aux deux moitiés du corps.

Recherches sur les fonctions des lobes occipitaux et temporaux du singe, par SANGER BROWN et E. A. SCHAEFER (*Neurol. Centralbl.*, 1888).

Les auteurs ont cherché à vérifier les données contradictoires de Ferrier, de Munck et de Tamburini, en étudiant chez le singe les résultats de l'ablation des lobes temporaux et occipitaux et du gyrus angularis.

Trois expériences réussies sur les lobes occipitaux donnèrent les résultats suivants : la première que l'ablation unilatérale de ce lobe donne une hémianopsie bilatérale homonyme persistante; la deuxième que l'ablation bilatérale produit une cécité complète et persistante; la troisième dans laquelle fut conservé un petit morceau du lobe droit, que l'ablation partielle a pour conséquence une cécité persistante mais incomplète; la partie inférieure des deux rétines était restée sensible à la lumière. — Ces auteurs se rangent donc sur ce point à l'avis de Munck.

Les recherches faites sur le gyrus angularis (pli courbe) donnèrent un résultat absolument négatif; on ne constata aucune lésion ni du côté de la sensibilité ni du côté de la motilité des globes oculaires, ni aucune diminution du pouvoir visuel. Ils n'observèrent que des troubles visuels passagers, dus évidemment au voisinage du lobe occipital.

Les extirpations partielles des lobes temporaux ne donnèrent pas de résultats positifs; il n'y eut dans aucun cas perte de l'odorat ni du goût. L'extirpation totale des lobes temporaux des deux côtés ne donna pas de résultats; les animaux entendaient comme avant l'opération, le goût et l'odorat étaient restés intacts. Deux des animaux opérés des lobes temporaux présentèrent pendant longtemps des signes de démence attribuée par les auteurs à la lésion de l'artère sylvienne.

D^r DE BORCK.

Expériences sur les fibres d'association dans l'écorce cérébrale,
par M. EXNER (*Sem. méd.*, 1889).

Exner fait part des résultats de ses expériences entreprises avec Paneth dans le but de résoudre la question de savoir si les fibres nerveuses qui déterminent le fonctionnement du centre moteur des extrémités antérieures siègent seulement dans ce centre ou bien si elles passent également dans les autres parties de l'écorce. Pour cela ils ont incisé, avec les plus grandes précautions, les vaisseaux de la pie-mère et l'écorce cérébrale autour du centre moteur des extrémités antérieures. Les chiens opérés de cette façon se comportent exactement comme ceux auxquels on a extirpé le centre moteur. Il résulte de cette expérience que le centre moteur ne peut pas rendre le moindre service aux extrémités, aux mouvements desquelles il préside, lorsqu'il n'est plus en communication avec le reste de l'écorce. Chez les animaux ainsi opérés qui survivent, le centre moteur s'atrophie complètement.

On pourrait objecter à ces expériences que le résultat obtenu n'est pas dû à la section des fibres d'association mais bien à celle des vaisseaux. Pour répondre à cette objection, Exner et Paneth ont dépouillé le centre moteur de la pie-mère qui le recouvre. Les animaux ainsi opérés ont présenté les mêmes troubles moteurs que les premiers, mais tandis que chez ceux-ci l'excitabilité électrique du centre moteur persista encore quinze jours après l'opération, elle disparut au bout d'un jour chez les animaux dont le centre moteur avait été dépouillé de la pie-mère. Quoique l'ablation de la pie-mère ne puisse pas avoir lieu sans lésion de l'écorce cérébrale, le résultat obtenu prouve avec probabilité que ce n'est qu'à la section des fibres d'association qu'il faut attribuer les altérations décrites dans la première série d'expériences.

Contribution à l'étude de la pathologie de l'écorce cérébrale dans un cas de cécité et de surdité acquise dans la première enfance, par le Dr TOMASCHEWSKI (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, 1889).

Le cerveau examiné fut celui d'un enfant de 8 ans qui, à la suite d'une méningite cérébro-spinale survenue à l'âge de 2 ans, fut devenu presque complètement aveugle et sourd. Les deux globes oculaires avaient été atteints d'une inflammation diffuse et s'étaient atrophiés ultérieurement; la sensibilité et l'odorat étaient très développés et le malade, devenu épileptique, succomba aux suites du

scorbut. Le cerveau dont l'examen n'est pas encore terminé, offrait les lésions suivantes : atrophie des deux nerfs optiques, du chiasma et des tractus optiques, des corpuscules quadrijumeaux postérieurs et spécialement de celui de gauche, des lobes occipitaux et spécialement du lobe occipital gauche, atrophie très marquée de la 2^e et 3^e circonv., des gyrus angulaire et cunéiforme, diminution de tout le lobe temporal gauche et atrophie de la 1^{re} circonv. temporale.

La section transversale démontra que toute la substance grise était moins large aux endroits sus-indiqués.

L'auteur déclare que ces lésions confirment la nouvelle théorie de la localisation pour les centres de la vue et de l'ouïe. La lésion plus étendue de l'hémisphère gauche dérive de la perte plus rapide de l'œil droit et explique le rôle fonctionnel prédominant de cet hémisphère.

J. M.

Tumeur des tubercules quadrijumeaux, par O. HOPPE (*Neurol. Centralbl.*, 1888).

Il s'agit d'un homme de 19 ans qui aurait souffert d'encéphalite un an après la naissance et à diverses reprises ensuite. Depuis 3 mois, il se plaignait de douleurs à la partie postérieure de la tête, revenant par accès et accompagnées de tremblement généralisé de tout le corps. Lorsqu'il se présenta pour la première fois à notre observation, il existait de la difficulté à tourner l'œil vers le haut et de la diplopie pour toute l'étendue du champ visuel. La pupille gauche mesurait 4 $\frac{1}{2}$ mm.; celle de droite 5 mm.; le réflexe pupillaire était intact; stase papillaire légère aux deux yeux. A droite, degré très marqué de surdité, très peu prononcée à gauche. De temps en temps vomissements et douleurs de tête.

Un mois plus tard, difficulté à mouvoir l'œil vers le bas; augmentation de la surdité à gauche, par moments douleurs de tête intenses. Alternatives d'agitation et de somnolence; augmentation du tremblement surtout à droite.

Décubitus; urines et selles involontaires, dysphagie paralytique. Conservation du mouvement des membres jusqu'à la mort qui arriva environ 4 mois après le premier examen.

A l'autopsie : dilatation et hydropisie du ventricule latéral; dilatation du 3^e ventricule. Tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon à la région des corps quadrijumeaux, comprimant les parties sous-jacentes; l'aqueduc de Sylvius n'existe plus que dans sa partie postérieure; les corps quadrijumeaux postérieurs sont encore assez nettement reconnaissables. — Tumeur plus petite dans l'intérieur du noyau caudé.

D^r DE BOECK.

Tumeur des tubercules quadrijumeaux, par M. NOTHNAGEL.

L'auteur a présenté, à la Soc. des médecins de Vienne, un homme, âgé de vingt-quatre ans, qui a eu des hémoptysies à plusieurs reprises et qui fut pris, en novembre dernier, de maux de tête, surtout du côté droit, douleurs qui persistent encore aujourd'hui et qui ont obligé le malade à quitter son métier (serrurier). Quelques semaines après le début de son affection, ce malade s'aperçut qu'il avait des troubles de la vue et de la sensibilité du côté gauche. Depuis quelques semaines, il a des accès épileptiformes avec vertiges et contractions rythmiques de tous les muscles ; ces accès cessent au bout de huit à dix minutes ; la connaissance est intacte pendant ces accès. Comme il existe une neuro-rétinite avec congestion de la papille, il n'y a aucun doute qu'il ne s'agisse ici d'une tumeur intra-crânienne.

Pour localiser cette tumeur, il faut analyser les autres symptômes : parésie des extrémités supérieure et inférieure gauches, diminution de la sensibilité du côté gauche, symptômes ataxiques, titubation, parésie de l'oculo-moteur externe gauche, paralysie du droit inférieur et parésie du droit supérieur des deux yeux et légère parésie du facial.

La titubation et la paralysie des muscles oculaires permettent de diagnostiquer une tumeur des tubercules quadrijumeaux.

La parésie des extrémités, l'ataxie et les troubles de la sensibilité s'expliquent par la pression exercée par la tumeur sur le pédoncule cérébral ou sur la capsule interne.

Ce qui est intéressant dans ce cas, c'est la paralysie du facial. Tandis qu'en général, dans les cas de paralysie du facial, de quelque nature qu'elle soit, le nerf ne réagit ni aux excitations volontaires ni sous l'influence d'une émotion, il y a des cas de paralysie faciale produite par des affections cérébrales où le facial est tout à fait immobile pour les mouvements volontaires, mais où il fonctionne comme du côté sain sous l'influence d'une émotion quelconque. Dans le cas actuel, c'est le contraire qui a lieu. Le malade peut innerver le facial pour des mouvements volontaires, l'innervation émotionnelle est nulle. N. a déjà formulé, il y a dix ans, l'opinion qu'il s'agit, dans ces derniers cas, d'une altération du thalamus optique ou des fibres radiées qui réunissent les couches optiques à l'écorce cérébrale. Par des expériences sur les animaux, Bechterew est arrivé également à la conclusion que le thalamus optique prend part à l'innervation émotionnelle du facial et peut-être aussi de tous les muscles du corps. Il s'agit donc, dans ce cas, d'une tumeur des tubercules quadrijumeaux droits qui comprime le pédoncule cérébral ou la capsule interne et qui s'étend aussi au thalamus optique.

Abcès de la selle turcique et du corps pituitaire, par
C. O. BATTERCOMBE (*Neurol. Centralbl.*, 1888).

Une femme de 33 ans, bien portante, n'ayant jamais eu la syphilis, se plaignait de faiblesse générale, de difficulté dans la marche; en même temps elle souffrait de nausées, de démangeaisons à la peau du crâne, de douleur au sommet de la tête et à l'occiput, de bourdonnements d'oreilles; il y avait en outre de la photophobie très prononcée, mais pas de lésion de la vision, une soif extrême, de l'inappétence, une sensation douloureuse de piqûres dans les yeux et les tempes. Après quelques jours, rougeur des conjonctives, chémosis qui augmenta rapidement au point de faire bientôt une saillie de près de $\frac{1}{4}$ de pouce entre les paupières, surdité, répugnance à parler, protusio bulborum. — Collapsus subit; coma, mort.

A l'autopsie, la selle turcique fut trouvée remplie de pus fétide et de débris de l'hypophyse; le tissu osseux était à nu; les vaisseaux de la surface du pont de Varole étaient fortement injectés. L'abcès atteignait des deux côtés les carotides et avait pénétré dans les trous optiques entourant d'une couche épaisse de pus les nerfs optiques à leur sortie du crâne.

D^r DE BOECK.

Tubercule du pont de Varole, par le D^r NOTHNAGEL.

L'auteur a relaté, à la Soc. des médecins de Vienne, l'observation d'un malade qui présentait une hémiplegie croisée de la face et des membres; plus tard survinrent des symptômes bulbaires (troubles de la déglutition, tachycardie). Comme il y avait des symptômes de tuberculose pulmonaire, N. diagnostiqua un tubercule à la face dorsale du pont de Varole, au voisinage du quatrième ventricule. Ce tubercule devait siéger du côté gauche puisque la paralysie faciale siégeait de ce côté; il devait occuper la partie inférieure du pont, dans le voisinage du bulbe, au-dessous de l'entrecroisement du facial et au-dessus de celui des pyramides, car le bulbe était aussi un peu atteint; enfin, la tumeur devait dépasser un peu la ligne médiane vers la moitié droite, parce qu'il y avait également une certaine faiblesse des extrémités gauches. Ce diagnostic fut confirmé par l'autopsie.

Sur les modifications du sang d'origine nerveuse, par M. FÉRÉ
(*Soc. de Biologie*, 2 mars 1889).

Chez un certain nombre d'hémiplégiques et d'hystériques, M. Féré a constaté que le nombre des globules rouges augmentait dans les

vaisseaux correspondant aux membres anesthésiés ou paralysés. Il a constaté, en outre, que dans ces mêmes vaisseaux la quantité d'oxyhémoglobine était moins considérable et que la durée de la réduction de cette oxyhémoglobine à la surface unguéale était plus longue.

Ces faits sont en parfaite concordance avec ceux qui ont été déjà signalés par M. Malassez et quelques autres auteurs, à savoir que le nombre des globules rouges diminue dans les vaisseaux dilatés et augmente dans les vaisseaux rétrécis.

De l'épilepsie procursive, par BOURNEVILLE et BRICON (*Arch. de Neurol.*, mai 1887 à novembre 1888).

Sous ce nom, Bourneville et Bricon étudient une forme d'épilepsie dont les accès sont constitués par une *course* ou *propulsion* rapide en *ligne directe* dans l'axe horizontal du corps, ou avec *rotation* à grands cercles, ayant une durée d'un accès ordinaire, ne s'accompagnant pas le plus souvent de chute et n'étant pas suivi de coma, mais se compliquant d'une congestion à la face. On l'a souvent confondu avec la chorée ou d'autres affections nerveuses. Elle semble devoir être classée parmi les *épilepsies symptomatiques* d'une lésion encéphalique qui paraît *constante*.

Les auteurs, après avoir passé en revue les cas d'épilepsie procursive empruntés à Eraste (1581), Bootius (1649), Etmüller (1692), Paullini (1696), Brescan (1742), Caillau (1797), Hufeland (1811), Itard (1825), Serres (1828), Semmola (1834), Bérard (1847), Moynier (1855), Romberg (1857), Trousseau (1873), Hammond (1876), Nothnagel (1877), divisent leur travail en huit chapitres.

I. ÉPILEPSIE PROCURSIVE PROPREMENT DITE. — Ici l'accès est essentiellement constitué par la course. B. et Br. citent à l'appui deux exemples :

Chez Grand..., le premier accès progressif s'est produit à treize ans sans prodromes prochains, ni cause déterminante connue. Ces accès, devenus quotidiens, consistent en une course suivant la ligne droite, accompagnée d'une forte injection de la face, en général, sans aura, ni cri, ni chute, ni période tonique. La période clonique semble remplacée par la course; le retour à la connaissance, sans coma, ni bave, ni urination involontaire, se fait promptement.

Ces accès, répétés plusieurs fois par jour, ne produisent aucune diminution de la mémoire, mais la perversion des instincts. Il y avait encore chez ce malade une héméralopie et une diminution du réflexe rotulien. A Bicêtre, Grand... a eu des accidents épileptiques divers :

1° Des *vertiges* non procursifs pendant lesquels le malade porte

la main droite à la joue correspondante qu'il frotte à diverses reprises et qui est agitée de quelques mouvements cloniques ;

2° Des *accès* se présentant sous deux formes. a) Les accès de la première forme sont ou non précédés d'aura; ni cri; — ni chute; — congestion de la face, mais sans cyanose; — course accompagnée de tremblement bilatéral de la tête et d'un bourdonnement résultant du tremblement labial; — frottement de l'une ou des deux joues; — retour subit à la connaissance. La course se produit en ligne droite ou parfois circulaire (à grands arcs de cercle), avec tendance à l'enroulement autour de l'axe vertical d'un obstacle rencontré. Le malade semble ne pas avoir connaissance de l'accès.

b) Si le malade est *couché*, il lui arrive le plus souvent de ne pas se lever. — La période tonique manque comme ci-dessus, mais la course, qui semble correspondre chez lui à la période clonique, est remplacée par de grands mouvements de rotation incomplète de droite à gauche et de gauche à droite; le côté droit est plus agité. Ces mouvements sont accompagnés du même bourdonnement labial, du même frottement des joues. Les pupilles dilatées et le pouls accéléré à la fin de l'accès, reviennent promptement à leur état normal.

Cette variété d'accès, paraît-il, se rapproche de l'accès ordinaire : parfois Grand... urine sous lui pendant les accès et s'affaisse après la course; et de plus la course peut être précédée ou suivie d'une sorte de tapotement des mains, des coudes ou des pieds.

Plus tard, on note chez le malade des accès ainsi constitués : tapotement des bras et de la tête, chute du banc sur lequel il se trouve assis; — roulement à terre, course, résolution, sans hâte, ni stertor, ni évacuation. Le maintien du malade produit une rigidité générale sans secousses cloniques.

Dans les derniers temps, certains accès purement procursifs sont suivis d'une *hébétude* plus prononcée, d'un très léger stertor, de sueurs labiales; quelques-uns s'accompagnent de hâte. Les accès procursifs de Grand... paraissent donc avoir une tendance à se transformer progressivement en accès ordinaires.

Actuellement Grand... n'a plus que des accès procursifs presque exclusivement nocturnes, et dans ces derniers mois on a noté l'apparition d'accès ordinaires (cri, périodes tonique et clonique, hâte, morsure de la langue, etc.) peu nombreux et exclusivement nocturnes.

Vall... a son *premier* accès trois semaines après une émotion vive à l'âge de 11 ans. Jusqu'à l'âge de 20 ans, les accès auraient eu le caractère des accès d'épilepsie ordinaire, sauf que les secousses cloniques ne se produisaient que du côté gauche.

C'est alors que l'on vit s'adjoindre aux accès ordinaires des *accès*

procuratifs; la course avait lieu en ligne droite, était accompagnée de pâleur de la face. Un an après le début de ces accès *procuratifs*, Vall... eut à la suite de deux d'entre eux une *agitation choréiforme* des membres et de la tête, la première fois d'une durée d'une demi-heure, la seconde de trois quarts d'heure. Depuis son entrée à l'hospice nous avons observé des mouvements de trépidation, survenus en dehors de tout accès et se rapprochant beaucoup plus de l'épilepsie spinale que de la chorée.

Les *facultés intellectuelles* déclinent en raison de l'accroissement progressif du nombre des accès ordinaires.

Chez Vall..., on peut faire un rapprochement entre les symptômes particuliers à son aura et ceux qu'on observe si fréquemment dans l'aura de l'épilepsie jacksonienne. De même que dans celle-ci, cette *aura périphérique* peut être le résultat de l'excitation de zones épileptogènes; elle peut être interrompue par certaines manœuvres locales.

Il est beaucoup plus difficile que chez Grand..., de bien déterminer si, chez Vall..., nous avons affaire à un accès ou à un vertige *procuratif*; cependant le fait qu'en général le malade à la suite de ces actes *procuratifs* va de lui-même se placer dans le lit de camp et s'y endort pendant une dizaine de minutes semble plutôt devoir les faire assimiler à un accès.

II. ÉPILEPSIE AVEC AURA PROCURSIVE. — Ici se rangent les malades qui probablement n'ont pas eu d'accès *procuratifs* isolés et qui ont des accès précédés d'une course — et ceux qui, atteints auparavant d'épilepsie *procurative* isolée antérieure, ont encore des phénomènes *procuratifs* constituant alors une sorte d'aura de l'accès ordinaire. B. et Br. ne disent pas si ces malades doivent être considérés comme atteints d'une des formes d'épilepsie *procurative* et s'ils en présentent les lésions anatomiques constatées jusqu'ici. Les documents sont insuffisants pour essayer de résoudre cette question. Ces auras *procuratives* peuvent encore être rapprochées des actes automatiques pré-épileptiques et n'en sont peut-être qu'une exagération.

Chez Jan... les actes *procuratifs* précurseurs paraissent inconstants et n'ont pas été observés au début de la maladie; ils semblent constituer une aura et ne paraissent pas avoir jamais existé isolément. L'épilepsie de ce malade s'écarte sensiblement de celle observée dans les deux cas précédents par le petit nombre d'accès constatés au début de l'affection, par leur diminution, puis ensuite par leur disparition depuis près d'un an.

Dans l'observation de Cail..., il semble que l'accès a été précédé dès le début, puis pendant de longues années, de *procuration*; l'accès n'aurait jamais été limité à l'acte *procuratif* seul. Quoique cette forme

d'accès diffère de celle de l'observation qui précède, on a remarqué la transformation successive des accès avec aura procursive en accès vulgaires. Du reste les épileptiques à aura voient souvent cette aura disparaître après un temps plus ou moins long et fréquemment l'aura n'est signalée que lors des premiers accès.

III. EPILEPSIE POST-PROCURSIVE. — Les cas de ce genre sont rares. Les auteurs prient de ne pas confondre les phénomènes post-précursifs avec les actes automatiques (marche, etc.), observés fréquemment après les accès.

Une fille de 10 ans est atteinte d'idiotie congénitale. A l'âge de 6 mois elle est prise de convulsions. Admise en 1880, on constate chez elle un certain degré de microcéphalie. Elle s'exprime très bien, sait épeler mais n'a jamais su lire; elle est méchante, voleuse. En 1881 elle gagne des accès épileptiformes inobservés jusqu'ici : elle pâlit subitement et se met à marcher droit devant elle. Quand elle rencontre une porte, elle frappe ou regarde par la serrure; si à ce moment on l'interroge, elle répond généralement qu'elle se livre à tel ou tel de ses actes journaliers. Au bout de quelques secondes elle revient à elle sans se souvenir de ce qui vient de se passer. Parfois elle urine au lit. Ces accès se sont répétés plusieurs fois. — En 1886, elle a des accès épileptiques sans aura. Après l'accès elle se met à courir jusqu'à ce qu'elle rencontre un obstacle; parfois elle s'endort immédiatement après.

Un homme de 33 ans, admis en 1874, décéda en 1886. Le père et la mère du malade étaient cousins germains. Entre la 1^{re} et la 2^e année il y a eu des convulsions. De 5 à 12 ans il a été en classe et bien portant. A partir de ce moment il eut des absences; à 14 ans les absences furent remplacées par des vertiges tellement nombreux qu'il a été forcé de donner sa démission de dessinateur. Il dut être gardé parce qu'il lui arrivait souvent de s'échapper en courant; l'accès terminé il ignorait ce qui s'était passé. On s'apercevait de l'arrivée de la crise procursive parce que les yeux changeaient, devenaient hagards, que la face pâlisait et qu'il balbutiait. Durant ses courses il ne semblait rien entendre, évitait les obstacles et parfois faisait entendre une sorte de bourdonnement. A la fin de la course la face était tout à fait décomposée et quelquefois on entendait une sorte de ronflement passager; on observait un peu de haves, mais jamais d'écume ni d'évacuation involontaire. Le malade ne se remettait qu'après au moins 2 heures. La mémoire était obscurcie pendant au moins une journée. Le plus souvent, même après l'apparition des accès ordinaires, les accès procursifs étaient isolés; quelquefois un accès convulsif venait arrêter brusquement la course. — Outre ses accès procursifs, le malade avait

encore des *accès rotatifs* (cercles à court rayon) se terminant souvent par un accès convulsif ordinaire. Après les accès il cherchait aussi à s'échapper. Les accès sont devenus plus nombreux ; à l'âge de 26 ans il eut une fois 48 accès en une nuit, suivis d'une rémission de 3 mois. Les vertiges diminuaient à mesure que les accès augmentaient. — Ses facultés intellectuelles déclinèrent.

Un enfant de 10 ans meurt après avoir été en observation pendant une année. C'est un héréditaire. A l'âge de 3 ans il a des vertiges, porte alors le regard en haut, puis au bout de quelques instants il se lève et se met à courir. Dans ce moment là il n'aime pas qu'on lui parle. Il avait peur sitôt que ça allait le prendre, devenait pâle d'abord, rouge ensuite. A l'âge de 8 ans il eut des accès épileptiques, parfois jusqu'à 3 en un jour. Après chaque accès il veut se sauver, il a la parole embarrassée. — Il n'a jamais rien appris en classe. Il meurt dans un accès d'épilepsie.

Cette observation aurait encore pu trouver sa place parmi les cas de vertiges procursifs. Les vertiges avaient totalement disparu pendant la dernière année de la vie du malade.

IV. VERTIGES PROCURSIFS. — La distinction entre l'accès procursif et le vertige procursif est souvent difficile à établir. Déjà il a été dit ci-dessus que l'accès procursif constitue un accès incomplet, mais il s'agit alors de malades chez lesquels on constate la transformation graduelle des accès procursifs en accès d'épilepsie ordinaire qui, plus tard, persistent seuls. Il n'en est pas de même pour ceux où l'accident procursif n'apparaît que longtemps après le début de l'épilepsie et chez lesquels il paraît être un accident isolé indépendant de l'accès. Tel est le cas, dans l'observation suivante :

Un garçon de 16 ans, à tare héréditaire. A 10 mois il a des convulsions ; à 7 ans, à la suite d'une frayeur, il gagne un accès d'épilepsie. Depuis ce moment les accès se répètent fréquemment, 9 à 10 par jour. Il perd promptement son intelligence, devient violent et voleur. A ses 21 ans il eut des accès épileptiques et, cinq années plus tard, des vertiges procursifs ; il se mit à courir l'espace de 7 mètres, se jeta ensuite sur le matelas, se gratta la tête pendant quelques secondes, se releva et se mit à se promener sans se souvenir de ce qui venait de se passer. Dans ces derniers temps ses accès furent précédés de course ou de marche.

V. AUTOMATISME. — Ce phénomène est assez fréquent chez certains épileptiques, mais on ne peut l'assimiler étiologiquement à la procursion. En effet, l'automatisme n'est que la répétition inconsciente d'actes accomplis quotidiennement par le malade. On l'observe le plus souvent à la suite de vertiges ou d'accès aigus.

L'*automatisme simple* est d'une grande importance au point de vue

médico-légal; tel est p. ex. l'acte de se déshabiller, accompli par un épileptique selon le lieu où il se passe et les circonstances qui l'accompagnent. L'épileptique peut s'approprier des objets qui ne lui appartiennent pas, s'introduire inconsciemment dans des propriétés privées. L'automatisme ambulatoire est même une des formes les plus fréquentes de l'épilepsie larvée. B. et Br. citent un cas où l'automatisme chez le malade consistait à boutonner et à déboutonner ses habits. Il présentait en outre des *phénomènes rotatoires*.

A l'autopsie, on a remarqué des lésions sur l'hémisphère cérébral droit dont certaines circonvolutions des lobes pariétaux et temporal offrent un certain degré d'atrophie et un aspect chagriné.

L'hémisphère cérébelleux gauche était atrophié et pesait 15 gram. de moins que le droit. Les phénomènes rotatoires auraient été sous la dépendance de cette lésion. Quoiqu'avant son entrée à l'hospice le malade avait la manie de s'en aller, on ignore s'il était *procuratif*. Les circonvolutions et les scissures cérébrales étaient très anormales.

Parmi les autres cas, cités par les auteurs, l'un cherche à faire son lit, parcourt la salle et va se coucher dans le premier lit venu, un autre se lève la nuit, va embrasser inconsciemment son père et se recouche, un autre encore avant de tomber fait 3 ou 4 pas en avant en tournant et après l'accès il cherche sous les tables, les armoires, de prétendus rats et des souris. Un 4^e se déchire, se déboutonne, retire son pantalon, le laisse tomber, prend sa verge, se touche et souvent s'endort. Un 5^e déchire régulièrement ses draps et ses effets. Un 6^e se déshabille et cherche ensuite à se coucher. Un 7^e saisit les colonnes de la salle, cherche à les ébranler, puis prend les matelas du lit de camp et simule de faire un lit. Un 8^e veut ouvrir les portes avec le premier objet venu. Un 9^e se lève, l'air égaré, traverse la salle, se rend à un lit qu'il ouvre à l'aide du pied et s'y couche. Un 10^e après avoir fait une course dans sa chambre voulait tuer sa mère et parfois se jeter par la fenêtre.

L'automatisme professionnel est aussi fréquent que le précédent, mais moins important pour la médecine légale. Ainsi après l'accès un tailleur fait semblant de coudre, un malade occupé à la buanderie plie du linge durant un vertige. Un malade qui travaille au marais, après un accès se met à se promener dans le réfectoire et fait un simulacre de semer des pois ou d'autres graines.

L'automatisme pré-épileptique est assez rare. Néanmoins les auteurs en citent sept cas différents.

VI. ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les autopsies faites dans les cas d'épilepsie procurative sont peu nombreuses parce que l'épilepsie procurative est transformée en épilepsie commune et que faute de renseignements on n'a pu porter un diagnostic rétrospectif.

B. et Br. insistent spécialement sur un cas d'épilepsie procursive, observé pendant une dizaine d'années et où l'autopsie montra des lésions cérébrales plus ou moins disséminées et une *lésion cérébelleuse* à laquelle ils rattachent les phénomènes observés pendant la vie. L'hémisphère cérébral droit semble normal, mais l'hémisphère gauche, pesant 25 gram. de moins que le droit, est plus irrégulier; on y note en outre la *gracilité de la partie moyenne de la circ. frontale ascendante, du lobe occipital, l'état chagriné des 1^{re} et 2^e circ. occipito-temporales*, des parties antérieure, moyenne et inférieure de la *circ. frontale interne*, de la *circ. du corps calleux*, la *gracilité du lobule quadrilatère et du corps calleux*. La lésion la plus importante est l'*atrophie et la sclérose de l'hémisphère cérébelleux gauche*, réduit à la moitié de son volume normal.

Dans une autre observation où le malade n'avait présenté que *très tardivement* des accidents procursoriels, il y a eu des *accidents cérébraux*, dès l'âge de six mois, sans convulsions ni paralysie; mais à deux ans il eût des *convulsions qui n'ont porté que sur le côté gauche* dont on constate aussitôt la *paralysie* qui persista mais s'atténua plus tard de manière à permettre partiellement la marche. Ces symptômes : prédominance des convulsions et paralysie du côté gauche sont en rapport avec les lésions trouvées à l'autopsie, qui étaient en effet *plus prononcées sur l'hémisphère cérébral droit et atteignaient surtout les centres moteurs des membres*. A la suite de ces convulsions l'intelligence diminua et il survint une céphalalgie frontale accompagnée de vomissements. Vers l'âge de douze ans apparurent les *premiers accès procursoriels*. La parésie qui avait succédé à la paralysie augmenta; l'affaiblissement intellectuel s'accentua et l'on constata du bégaiement.

La paralysie d'abord limitée à gauche, puis améliorée, repartait et envahit aussi le côté droit; la parole, peu développée, se limita de plus en plus, ce qui est en rapport avec les lésions relevées à l'autopsie qui a montré que la *troisième circonvolution frontale est plus atteinte à gauche qu'à droite*.

L'autopsie a fait voir encore une *atrophie de l'hémisphère cérébral droit* qui ne recouvrait que partiellement le cervelet. La pie-mère est œdématiée, l'artère communicante postérieure et l'artère cérébrale antérieure gauches sont filiformes; le *pédoncule cérébral* et la *pyramide du côté droit* sont atrophiés. Contrairement à la règle, ce n'est pas l'olive droite mais la gauche qui est atrophiée. Les *ventricules latéraux sont dilatés (hydrocéphalie consécutive)*. La *moitié gauche* de la moelle est atrophiée.

Outre l'atrophie ou la gracilité de certaines circonvolutions, il y avait de la *méningo-encéphalite*, plus prononcée à droite au niveau des centres moteurs.

Le *cervelet* est moins atteint que les hémisphères cérébraux; ce n'est du reste que tardivement qu'apparurent les phénomènes pro-cursifs. Il existait une légère atrophie du *cervelet*, de l'isthme et du bulbe. L'hémisphère cérébelleux gauche paraissait un peu plus petit que le droit.

L'apparition des premiers phénomènes pro-cursifs coïncide avec la diminution de la vue; on ne peut affirmer ici si ce symptôme doit être attribué à une lésion cérébelleuse, vu l'étendue et la dissémination des lésions rencontrées à l'autopsie; toutefois l'amaurose est un des symptômes le plus fréquemment noté dans les cas d'affection cérébelleuse.

Parmi les autres symptômes pouvant être rattachés à une lésion cérébelleuse nous signalerons encore la titubation.

B. et Br. rapprochent de ces deux cas celui de Meschedé qui en diffère néanmoins cliniquement puisque les accidents pro-cursifs pré- et post-épileptiques avaient eu une durée beaucoup plus longue et ne semblent pas avoir constitué à proprement parler des accès.

A l'autopsie, on constata une *sclérose atrophique de l'hémisphère cérébelleux droit*, l'adhérence de la *corne postérieure du ventricule latéral droit* à l'ergot de Morand et une certaine *induration des deux olives*. L'hémisphère cérébelleux gauche et la corne postérieure du ventricule latéral droit semblaient intacts. La sclérose cérébelleuse droite était plus prononcée sur le corps rhomboidal réduit à la grosseur d'un noyau de prune et d'une dureté cartilagineuse. — Dans ce cas les symptômes observés pendant la vie : locomotion involontaire, rotation, démarche chancelante, bégaiement et tremblement de la parole, sont en rapport avec la lésion cérébelleuse décrite ci-dessus.

En 1869, MM. Luys et A. Voisin ont attiré l'attention sur les lésions du *cervelet* et de ses pédoncules chez les épileptiques; ils attribuaient à ces lésions un rôle important dans les phénomènes convulsifs, assertion du reste indiscutable, car la lésion cérébelleuse était associée à d'autres lésions encéphaliques; aucun de leurs malades n'est signalé comme ayant présenté des accidents pro-cursifs, mais il est à noter que tous étaient atteints d'épilepsie depuis l'enfance et qu'il est possible que les accès pro-cursifs, disparus depuis longtemps, aient été omis dans les commémoratifs fournis par les parents, soit qu'ils les aient oubliés, soit que le médecin n'ait pas provoqué d'explications précises sur les caractères des accès aux différentes périodes de la maladie.

VII. PRONOSTIC, DIAGNOSTIC. — Le *pronostic* de l'épilepsie pro-cursive est toujours grave. Les accès pro-cursifs sont suivis, au bout d'un temps plus ou moins long, d'accès à type commun; la marche est

alors celle de l'épilepsie commune. Toutefois les accès procursifs semblent avoir moins d'influence sur la mémoire et l'intelligence.

Le *diagnostic* est facile, car la perte de connaissance ou l'obnubilation intellectuelle, l'intervalle qui sépare les accès, la perte du souvenir de l'accident, etc., ne permettront jamais de la confondre avec la chorée ou l'hystérie.

La *marche* et la *durée* sont celles de l'épilepsie ordinaire.

VIII. CONSIDÉRATIONS SUR LA PHYSIOLOGIE ET L'ÉTIOLOGIE DES MOUVEMENTS PROCURSIFS.

La plupart des physiologistes s'accordent à faire jouer au *cervelet* un rôle dans la *locomotion*, la seule des fonctions qu'on lui a attribuée et dont on a à s'occuper à l'occasion de l'étude sur l'épilepsie procursive. Comme la propriété de coordonner les mouvements paraît devoir être exclusivement réservée à son lobe moyen, nous avons vu que dans une des observations le lobe moyen du cervelet était en partie atrophié.

Parmi les phénomènes les plus constants observés à la suite des lésions ou des excitations expérimentales du cervelet, nous citerons les *mouvements de rotation* et le *tremblement*.

Pour certains auteurs, les phénomènes observés seraient des *phénomènes d'entraînement*, des *impulsions irrésistibles* qu'ils rattachent à des troubles de l'innervation cérébelleuse. C'est ainsi que Luys admet l'action sthénique du cervelet dans tout effet volontaire ou involontaire.

Nothnagel n'admet, au contraire, aucune liaison entre les lésions cérébelleuses et l'épilepsie.

Pour Hitzig, « les mouvements irrésistibles sont tous, dès l'origine, des mouvements volontaires qui prennent un caractère irrésistible de par le fonctionnement à faux de diverses parties de l'organe. C'est ainsi qu'il peut se produire des mouvements en apparence irrésistibles quand l'individu s'illusionne sur sa situation dans l'espace. »

Les mouvements de rotation ont été également observés à la suite des lésions des pédoncules cérébelleux.

Les lésions cérébelleuses s'accompagnent de *dégénération secondaires*, particulièrement de la protubérance, lésions secondaires auxquelles peut être attribué le remplacement des mouvements procursifs par des accès type d'épilepsie. Rappelons à ce sujet que la galvanisation de la protubérance produit des convulsions épileptiformes et que la lésion d'un pédoncule cérébral produit un mouvement de manège du côté opposé à la lésion. « Dans ce mouvement de manège, l'animal décrit un cercle de rayon variable, et le cercle parcouru serait d'autant plus petit que la lésion se

rapproche davantage du bord antérieur de la protubérance et qu'elle atteint un plus grand nombre de fibres » (Beaunis). Dans trois cas de lésion de la partie supérieure et externe du pédoncule cérébral, le même auteur a constaté des mouvements de rotation sur l'axe.

Richardson et Mitchel ont vu des mouvements en avant très marqués par le refroidissement des corps striés.

Nous savons, d'un autre côté, qu'on a observé chez le chien, après l'ablation complète du noyau caudé, un mouvement de manège fort particulier (Carville et Duret) et que Nothnagel a admis dans le corps strié chez le lapin un *nodus cursorius* dont l'excitation produirait un mouvement de course irrésistible.

D'autres auteurs, entre autres Steiner, attribuent les mouvements irrésistibles à un défaut d'asymétrie de l'innervation.

Les lésions cérébelleuses peuvent être latentes, mais elles s'accompagnent souvent de phénomènes variables, inconstants, parfois transitoires, sans qu'il soit le plus fréquemment possible d'établir un diagnostic précis ou d'en déterminer exactement la localisation, par suite des rapports intimes du cervelet avec les organes du voisinage et à cause des actions à distance possibles sur les autres parties de l'encéphale. — Aussi la *symptomatologie* des lésions cérébelleuses et la *physiologie pathologique* du cervelet sont-elles encore entourées d'une très grande obscurité. B. et Br. déclarent que leurs observations ne sont pas à l'abri de toute critique, car les lésions constatées n'étaient pas strictement localisées à une partie du cervelet; toutefois il y avait une coïncidence de la lésion cérébelleuse, apparemment primitive, avec les phénomènes procrursifs observés à une certaine période de l'affection de ce malade, de l'étendue de cette lésion cérébelleuse et de sa plus grande ancienneté par rapport aux autres lésions rencontrées à l'autopsie.

L'interprétation des phénomènes observés pendant la vie et leur relation avec la physiologie du cervelet encore si indéterminée semble d'autant plus difficile que les altérations du cervelet peuvent facilement retentir sur les organes du voisinage (bulbe, moelle, protubérance, etc.), avec lesquels cet organe a des connexions si intimes. Des observations ultérieures viendront confirmer ou infirmer l'hypothèse de la relation possible entre l'épilepsie procrursive et une lésion cérébelleuse.

Étiologie. — L'étiologie de l'épilepsie procrursive reste inconnue. D'après B. et Br. la lésion encéphalique semble débiter dès l'enfance.

IX. TRAITEMENT. — Les traitements les plus divers employés contre les accès procrursifs sont restés inefficaces. Seuls les accès consécutifs d'épilepsie classique sont parfois justiciables d'une amélioration.

J. M.

De la sclérose névroglique dans l'épilepsie essentielle, par
M. CHASLIN (*Soc. de biologie*, 2 mars 1889).

L'auteur a examiné quatre cerveaux d'épileptiques dits essentiels, qui ont tous présenté, plus ou moins marquée, l'altération que l'on a décrite sous le nom de sclérose cérébrale : un de ces cerveaux ne montrait pas de lésion visible à l'œil nu ; une olive du bulbe seule était indurée. Macroscopiquement, les circonvolutions malades sont petites, ratatinées, lisses ou un peu chagrinées, dures, atrophiées ; les cornes d'Ammon, les olives sont plus ou moins atteintes. Il y a de larges espaces sains. La pie-mère est saine et non adhérente. Microscopiquement, dans les points les plus altérés, l'écorce grise est envahie par des fibrilles qui prennent naissance dans des cellules araignées à prolongements hypertrophiés, tandis qu'à l'état normal il n'y a pas de fibrilles bien nettes et les prolongements des cellules sont à peine visibles. En outre, ces fibrilles forment, par places, un réseau qui se transforme en gros faisceaux. On sait, depuis les travaux de M. Ranvier, que le tissu de soutien des centres nerveux n'est pas du tissu conjonctif, et que la *névroglie est d'origine ectodermique*. Les fibrilles et les faisceaux qu'il a observés, ne sont pas non plus du tissu conjonctif ; ce sont des formations névrogliques d'origine ectodermique, comme le démontrent leur point de départ cellulaire, l'indépendance des vaisseaux d'ailleurs non enflammés, la non-adhérence de la pie-mère, enfin des réactions histochimiques spéciales. Cette sclérose est donc une sclérose toute spéciale par prolifération de la névroglie, tissu de soutien d'origine épithéliale, ectodermique. Il ne s'agit pas ici d'un processus d'origine inflammatoire.

Dans l'encéphale, où les lésions étaient seulement visibles sur une des olives indurées, l'écorce grise paraissait saine à l'œil nu. M. Chaslin a pu y démontrer la présence de la prolifération névroglique. Rapprochant ces faits de l'existence de l'épilepsie idiopathique chez les malades dont il a examiné le cerveau, il se croit autorisé à conclure :

1° Que la sclérose cérébrale, ou tout au moins certaines formes de cette altération, est due à une prolifération de la névroglie. Il propose de lui donner le nom de sclérose névroglique ;

2° Que l'épilepsie dite essentielle reconnaîtrait, dans un certain nombre de cas, pour cause première la prolifération de la névroglie, probablement sous l'influence d'une perturbation dans le développement ou l'évolution de cette névroglie, vu le rôle de l'hérédité et l'absence d'inflammation dans les cas qu'il a observés.

Épilepsie avec aura olfactive produite par une tumeur du lobe temporo-sphénoïdal, par MM. HUGHLINGS JACKSON et BEEVOR (*Sem. méd.*, 1889).

MM. Hughlings Jackson et Beevor ont rapporté, à la Société de Médecine de Londres, l'observation d'une femme de 53 ans, entrée à l'hôpital de Queen's Square le 25 novembre dernier pour des accès épileptiques dont elle souffrait depuis treize mois. Les attaques se renouvelaient à intervalles d'une quinzaine de jours et commençaient par un tremblement des mains et des bras, puis la malade percevait une odeur nauséabonde; cette aura olfactive était accompagnée d'une sensation de suffocation et suivie d'une aura intellectuelle semblable à un rêve (*dreamy state* de Hughlings Jackson); la malade croyait voir une petite femme noire qui marchait rapidement dans une cuisine; à ce moment, les yeux devenaient fixes et la vessie se vidait involontairement, mais il n'y avait pas de perte de connaissance. Peu après l'entrée de la malade à l'hôpital, on constata une névrite optique double et une faiblesse du côté gauche qui se transforma graduellement en hémiplégie. Peu à peu, la malade tomba dans un état voisin de l'idiotie; elle ne se plaignait que rarement de maux de tête et l'odorat paraissait normal. La mort survint le 31 décembre.

On trouva à l'autopsie un sarcome à cellules rondes, gros comme un œuf de poule, qui siégeait à l'extrémité du lobe temporo-sphénoïdal droit, c'est-à-dire dans le lobule de l'hippocampe; la tumeur avait détruit en grande partie ce lobule et le *nucleus amygdalæ*; elle comprimait en outre le noyau lenticulaire et la capsule interne.

Il est important d'utiliser, pour l'étude des localisations cérébrales, non seulement les cas où il y a abolition de fonction, mais aussi ceux où il existe des sensations anormales subjectives. L'aura intellectuelle peut être accompagnée d'une sensation subjective de goût ou d'odeur, parfois aussi d'une sensation d'oppression à l'épigastre.

Contribution à l'étude de la pathogénie des hallucinations et de l'épilepsie, par TOMASCHEWSKI et SSIMONOWITSCH (*Neurol. Centralbl.*, 1888).

Le travail des auteurs se divise en deux parties. La première comprend un exposé succinct des théories émises au sujet de l'origine et de la localisation des hallucinations. Ils combattent les principes professés par Meynert sur cette matière et se déclarent partisans de la soi-disant théorie corticale des hallucinations qu'ils croient plus conforme aux données de la pathologie.

Dans la deuxième partie ils relatent une observation qui sert de base à leurs considérations théoriques. Il s'agit d'une femme mariée, âgée de 33 ans, sans tare héréditaire. Mais la malade fut souvent maltraitée par son mari, un ivrogne; elle en reçut maint coup sur la tête. Autrement elle avait toujours été bien portante et ce n'est que lors de sa première entrée à l'hôpital (janvier 1886) qu'elle eut des accès convulsifs avec perte de connaissance. Elle fut alors atteinte d'un paranoïa aigu accompagné d'excitation, d'insomnie, de délire des persécutions et de nombreuses hallucinations. Après 6 semaines, l'amélioration fut telle qu'elle put quitter l'hôpital. Les hallucinations auditives dont elle avait essentiellement souffert, furent, d'après le rapport de la malade, de deux espèces bien distinctes : abstraction faite qu'elle entendait des deux oreilles les voix de son persécuteur, le bruit d'oiseaux qui volent, etc., et qu'elle localisait ces observations dans un espace extérieur, elle avait une série de sensations subjectives dans l'oreille gauche. Ces dernières sensations s'étaient présentées plus tôt que les autres hallucinations et la malade parvenait parfois à les calmer en se bouchant l'oreille gauche. L'examen de cette oreille fit constater une diminution notable de l'ouïe et un catarrhe chronique de la trompe d'Eustache du même côté. Ces sensations auditives unilatérales étaient accompagnées à gauche pendant, quelque temps, d'hallucinations tactiles et probablement aussi du sens musculaire; ainsi, la malade croyait que son persécuteur lui enlevait ses couvertures de lit du côté gauche.

Dans le cours de l'année que la malade passa à l'hôpital, les hallucinations subjectives de l'oreille gauche continuèrent; souvent elle entendait de cette oreille le pétilllement du bois brulant, des battements d'ailes, du rire à haute voix, etc. Mais progressivement ces hallucinations devinrent plus faibles et finirent par disparaître. Par contre il se développa des hallucinations visuelles de l'œil gauche; la malade vit continuellement dans le champ visuel de cet œil — tantôt au centre, tantôt dans sa moitié externe — un chien blanc qui sautait; tout en étant consciente de l'état pathologique de ce phénomène, elle n'en fut pas moins tourmentée d'une manière continue, même lorsqu'elle avait les yeux fermés. Les accès épileptiques se répétèrent encore de temps à autre.

Le 14 février 1887, la malade fut de nouveau admise à l'hôpital et y mourut après un séjour de 13 jours. Pendant ce temps elle eut des accès convulsifs excessivement fréquents et très rapprochés, mais ayant une autre marche que ses convulsions précédentes. Dans certains accès il y eut des convulsions des muscles des deux côtés, mais suivant une succession déterminée; elles commençaient au

muscle orbiculaire des lèvres pour se porter successivement vers la moitié gauche de la face, les muscles gauches de la nuque, aux membres supérieur et inférieur du même côté et enfin aux membres supérieur et inférieur du côté droit. Dans une autre série d'accès, les convulsions se limitaient à la moitié gauche du corps et parfois même l'extrémité supérieure n'y prit aucun part. Pendant les derniers jours de sa vie les convulsions n'ont pas discontinué. Enfin, on a encore constaté que l'accès se bornait à des convulsions de la moitié gauche de la face accompagnées de déviation conjuguée de la tête et des yeux à gauche. Pendant les différents accès, il y avait toujours eu perte de connaissance. L'examen de la malade pendant les courts intervalles fit constater une parésie de la moitié gauche du corps accompagnée d'une diminution de la sensibilité, d'une réduction du champ visuel pour les deux yeux et de céphalalgies. Les hallucinations de l'oreille et de la vue gauches avaient disparu. Il y avait une élévation de température pendant toute la durée de la maladie (38 à 38,7°) et à mesure que les accès se multiplièrent, il se produisit un épuisement général et un état comateux, et enfin un œdème pulmonaire et la mort.

L'autopsie fit constater dans la cavité crânienne les modifications suivantes : à un endroit limité correspondant au tiers inférieur des circonvolutions centrales et de la moitié antérieure du gyrus supramarginalis à droite, la table interne du crâne était fortement hyperémiée; la section de l'os à la scie prouva que l'hyperémie s'étendait jusqu'à la substance spongieuse. La dure-mère à droite, et à une partie correspondant à la moitié inférieure des deux circon. centrales, de la moitié postérieure de la première circon. temporale et du gyr. supramarg. et angul., était épaissie, très vasculaire, adhérente à la pie-mère et même partiellement à la substance cérébrale, spécialement dans la région du troisième quart (compté à partir d'en haut) des deux circon. centrales, le long du gyr. angul., de la moitié antérieure du gyr. supramarg. et de la moitié postérieure de la première circon. temporale. On observe à ces endroits, entre la surface cérébrale et la dure-mère épaissie, une couche assez épaisse de tissu conjonctif de nouvelle formation; à cet endroit l'écorce semble réduite et au milieu de la circon. centrale postérieure elle a complètement disparu de telle sorte que les membranes cérébrales épaissies sont apparemment en contact direct avec la substance blanche. La surface interne de l'oreille moyenne gauche était tapissée çà et là de quelques gouttes de mucus; les nerfs et les tractus optiques semblaient intacts.

L'examen microscopique de la région cérébrale lésée, démontra qu'aux endroits où les membranes s'étaient fusionnées avec l'écorce,

il s'était développé dans cette dernière du tissu conjonctif aux dépens des éléments nerveux. Dans les préparations de la moitié postérieure de la première circonv. temporale et du troisième quart de la circonv. centrale postérieure, les cellules ganglionnaires avaient complètement disparu. Dans les régions corticales avoisinantes, les éléments nerveux étaient intacts, mais le tissu était hyperémié et infiltré de corpuscules lymphoïdes.

D'après les auteurs, il s'est produit aux endroits sus-indiqués de l'écorce un processus irritatif qui servait de point de départ, aussi bien aux accès épileptiques qu'aux hallucinations unilatérales. A mesure que le développement du tissu cellulaire éliminait les éléments nerveux de l'écorce de l'hémisphère droit, on observait la diminution des symptômes d'irritation du côté de l'ouïe et de la vue et en même temps cessaient les convulsions de l'extrémité supérieure gauche, dont le centre était le plus affecté. J. M.

Le paroxysme épileptique, par OLIVER (Brain, 1888). -

L'auteur relate dans son travail une série d'observations très intéressantes d'où il ressort :

1° Que la perte de conscience, qui est presque toujours complète, peut varier considérablement entre la perte complète et la complète lucidité d'esprit;

2° Qu'on observe souvent dans les accès de petit mal que le malade court en avant dans une direction rectiligne, et parfois avec une grande violence jusqu'à ce qu'il rencontre un obstacle. Il arrive parfois que les malades se déshabillent. Un malade de l'auteur se déshabillait chaque fois et alla se coucher dans le premier lit venu, que ce fut le sien ou un lit dans une maison étrangère.

3° Le cri initial ne serait pas fréquent : il se forme par la compression violente de l'air des poumons par la glotte rétrécie. Il n'existerait chez les droitiers que lorsque la décharge nerveuse, comme les symptômes le prouvent, réside dans l'hémisphère gauche. L'inverse existe chez les gauchers;

4° Un accès classique commence dans l'extrémité supérieure pour s'étendre d'abord à l'extrémité inférieure correspondante; de là à l'autre extrémité inférieure pour finir à l'autre extrémité supérieure;

5° L'émission involontaire des urines peut encore se rencontrer dans le petit mal; lorsque le malade reste conscient il sent l'écoulement, mais il ne peut le maîtriser. Cette élimination est conséquemment de nature spastique;

6° Généralement les pupilles sont dilatées; dans quelques cas rares elles sont rétrécies.

J. M.

De la plus grande fréquence des accès d'épilepsie à certaines heures.

Ch. Féré a présenté, à la Société de biologie, une statistique relative à l'heure à laquelle se produisent de préférence les accès d'épilepsie. On y remarque de fortes recrudescences vers neuf heures du soir et entre trois et cinq heures du matin. M. Féré fait remarquer que l'heure de ces recrudescences, qui suivent le coucher et précèdent le lever, peut être rapprochée de celles où prédominent les rêves et les hallucinations hypnagogiques. Il pense qu'il existe un rapport pathogénique entre les deux ordres de phénomènes.

Sur la fréquence de l'astigmatisme chez les épileptiques, par CH. FÉRÉ et L. VIGNES (Soc. de Biologie, 1888).

En faisant des recherches sur la variation que présentent les artères du fond de l'œil pendant l'accès épileptique, les auteurs observèrent qu'un grand nombre des sujets examinés étaient astigmatés. Cette observation leur a donné l'idée de rechercher si ce défaut de réfraction est plus grand chez ces malades que chez l'homme normal. Cet examen s'est fait avec l'astigmomètre enregistreur de Wecker et Masselon et a été contrôlé par l'ophtalmoscope à réfraction de Morton.

Sur 142 sujets il y en avait 30 sans astigmatisme, 112 avec astigmatisme (59 fois des deux côtés [prédominant 40 fois à gauche ou à droite], 53 fois seulement à droite ou à gauche).

Cette déformation semble n'être qu'un fait particulier parmi les nombreuses déformations qui se rencontrent chez les épileptiques, et l'astigmatisme unilatéral ou l'astigmatisme prédominant existe le plus souvent du même côté que les autres déformations.

J. M.

Sur la plus grande rapidité de l'élimination de certains médicaments par les urines à la suite de l'accès d'épilepsie, par CH. FÉRÉ (Soc. de Biologie, 1888).

L'auteur a administré à un certain nombre d'épileptiques, comparativement après leurs attaques et à une époque plus ou moins éloignée, du salicylate de soude et de l'iodure de potassium. Il les a fait uriner le plus souvent possible pour arriver à saisir le moment de l'apparition du médicament dans l'urine.

Chez les malades examinés plus de trois heures après l'accès, l'influence du paroxysme a paru nulle; l'élimination s'est faite

sensiblement à la même échéance que lorsque l'expérience a été faite à une époque plus éloignée de l'accès. Il en a été de même chez un autre sujet examiné deux heures après l'accès. Sur 12 autres, chez lesquels l'expérience a été faite moins de 2 1/2 heures après l'accès, il a trouvé que l'élimination était plus rapide après le paroxysme qu'à une époque éloignée. La différence est assez grande, car la première réaction apparaît environ 15 minutes après l'ingestion, quand celle-ci a eu lieu dans la période post-paroxystique, tandis qu'elle n'apparaît que 22 minutes après lorsque l'ingestion a eu lieu à une époque éloignée de l'accès.

Ce résultat semble indiquer qu'il existe à la suite de l'accès une paralysie vaso-motrice par épuisement, analogue par ses effets à celle que Vulpian a vue à la suite de la section des splanchniques. Il faut rapprocher ce fait de la polyurie qui existe quelquefois pendant plusieurs heures à la suite des accès et par laquelle Hallager a expliqué la perte considérable de poids que l'on a observée dans quelques cas à la suite des décharges épileptiques.

J. M.

Recherches sur l'élimination de l'acide phosphorique par les urines des épileptiques, par RIVANO (*Ann. di Frenatria*, 1888).

L'élimination du phosphore par les urines subit-elle une modification au moment des accès épileptiques? Les malades qui ont servi aux expériences de l'auteur répondant à peu près à des conditions identiques, on peut dire que la quantité de phosphore existant dans leurs aliments était presque la même. L'auteur examina pendant plusieurs jours consécutifs l'urine que ses épileptiques émettaient pendant les 24 heures. Il négligea les jours pendant lesquels il y avait eu des urines involontaires à la suite d'un accès. Il détermina quantitativement d'abord tout l'acide phosphorique, puis la quantité d'acide combinée aux terres; il put ainsi calculer la proportion d'acide unie aux alcalis.

Ses recherches générales pratiquées sur 6 épileptiques donnèrent les résultats suivants :

1° L'élimination de l'urée est toujours augmentée aux périodes d'accès : cette augmentation est en moyenne de 9 %; les proportions extrêmes sont de 2 à 20 %.

2° La quantité totale d'acide phosphorique est toujours constante aux périodes d'accès; elle est augmentée presque à environ 33 %.

3° Dans la majorité des cas c'est l'augmentation de l'acide phosphorique uni aux terres qui augmente alors la proportion d'anhydride phosphorique.

4° L'élimination de l'urée et de l'acide phosphorique se trouve encore augmentée au moment des vertiges épileptiques.

5° L'albuminurie ne se constate jamais après un accès d'épilepsie.

J. M.

—
L'hypocondrie du sexe féminin, par M. E. MENDEL (*Sem. méd.*, 1889).

L'hypocondrie est selon l'auteur une maladie cérébrale fonctionnelle, caractérisée par un sentiment de peur ou d'appréhension des malades relativement à leur état de santé. En désignant la maladie comme « fonctionnelle », Mendel veut dire que les méthodes actuelles d'exploration ne permettent pas encore de reconnaître les altérations *post mortem* de l'appareil nerveux d'où dépend l'hypocondrie. L'hypocondrie est donc une psychose dépressive.

M. distingue trois variétés d'hypocondrie. A un premier degré il n'y a que la peur ou l'appréhension soit d'une maladie, soit de la mort. Ces malades regardent des altérations minimes et sans aucune importance comme l'expression d'une maladie mortelle; ainsi la présence d'une vésicule sur leur langue les fait croire à l'existence d'un carcinome de cet organe, une bronchite à celle de la phthisie, etc. C'est là l'hypocondrie simple ou, si l'on veut, un simple état hypocondriaque, que l'on peut désigner sous le nom de *nosophobie*.

A un second degré on observe de fausses sensations, de véritables hallucinations de la sensibilité générale. Le malade sent que son ventre est ballonné, que son cœur s'arrête, etc.; il est probable que ces fausses sensations sont dues à l'excitation des centres corticaux chargés de présider au fonctionnement des organes dans lesquels elles siègent. M. désigne cette seconde forme sous le nom d'hypocondrie avec hallucinations de la sensibilité viscérale.

Enfin, il distingue une troisième forme plus grave, caractérisée par l'existence, à côté des troubles de sensibilité générale, de troubles sensoriels : hallucinations de la vue, de l'ouïe, etc., hallucinations dont les malades ont, du reste, conscience et qui les distinguent des véritables aliénés.

Chacune de ces formes peut exister à l'état isolé pendant toute la durée de la maladie. Parfois, celles-ci se transforment et passent de l'une à l'autre.

Au point de vue de la marche, M. distingue l'hypocondrie aiguë ou subaiguë et l'hypocondrie chronique. Dans ce travail, il ne s'occupe que de l'hypocondrie aiguë et subaiguë du sexe féminin.

Chez les femmes l'hypocondrie est chose fréquente, et cela à tous les âges. On admet généralement que le sexe masculin est beaucoup

plus disposé à l'hypocondrie que le sexe féminin. Arndt a déjà soutenu l'opinion contraire et montré que cette affection était beaucoup plus fréquente dans les classes instruites et riches que dans les basses classes.

L'hypocondrie simple, décrite plus haut, est plus rare chez les femmes que chez les hommes. Cela dépend, en partie, de ce que les femmes sont habituées, dans leur famille, à donner des soins aux malades, ce qui les rend moins nosophobes que les hommes. Que la syphilophobie soit plus fréquente chez l'homme, cela va de soi.

La seconde forme d'hypocondrie, l'hypocondrie avec troubles de la sensibilité viscérale, est très fréquente chez les femmes. Ces troubles peuvent n'intéresser qu'un ou plusieurs organes; mais chez les hommes, ces troubles concernent la plupart du temps les organes de la digestion, chez les femmes ils portent le plus souvent sur les organes sexuels.

Le plus souvent on rencontre, chez les femmes, la forme d'hypocondrie que Brachet a désignée sous le nom d'hypocondrie cérébrale. Celles qui en sont atteintes se plaignent d'une sensation de pression à la tête; elles disent que leur tête est comprimée entre deux étaux, elles y éprouvent une sensation de vide, elles y entendent des bruits de toutes sortes; parfois, la tête leur semble trop légère; parfois, elle est si pesante que la colonne vertébrale la supporte à peine. Ces sensations leur font croire qu'une apoplexie est imminente.

La forme spinale s'observe plus rarement; elle est caractérisée par des sensations anormales dans les vertèbres, des tiraillements dans les jambes, etc. Ces sensations anormales portent rarement sur les fonctions du cœur et des poumons; parfois, elles portent sur tous les organes à la fois.

La troisième forme d'hypocondrie se voit plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes. Ces malades accusent des troubles sensoriels: ils voient les objets autrement qu'ils ne sont, ils entendent des voix, etc. Parfois il y a des troubles de l'odorat et du goût.

L'inquiétude que les malades éprouvent au sujet de leur corps peut s'étendre à d'autres objets; ils ont peur de certains contacts, de traverser les rues, de séjourner dans un endroit clos, etc. L'hypocondriaque ramène tout à lui, il est profondément égoïste, il devient incapable de prendre aucune résolution, d'agir avec énergie. Tandis que les hommes hypocondriaques s'occupent encore, tant bien que mal, les femmes passent leurs journées dans l'inertie la plus complète. Le suicide est cependant plus fréquent chez les hommes.

Parmi les impulsions qui s'observent chez les hypocondriaques, il faut noter la masturbation, surtout chez les femmes; il y a là une sorte de contradiction avec la préoccupation incessante qui les hante de ne rien faire qui puisse nuire à leur santé.

Leur sommeil est tantôt normal, tantôt irrégulier.

Dans le domaine de la sensibilité, on observe des paresthésies et des hyperesthésies sur les parties du corps les plus différentes. Mais jamais on n'observe, dans les formes pures d'hypocondrie, l'anesthésie cutanée ou cette hémianesthésie avec participation des sens spéciaux qui se rencontre dans les cas d'hystérie.

Des altérations vaso-motrices, sensation de froid, de chaud, etc., sont fréquentes chez l'hypocondriaque. Quand les symptômes céphaliques prédominent, on peut constater assez souvent, sur la peau du crâne, des plaques où la température est plus élevée. Le plus souvent, la diarrhée alterne avec la constipation. L'urine est tantôt limpide, abondante, tantôt rare et sédimenteuse.

Quand avec des phénomènes hypocondriaques, on constate des altérations organiques, on dit qu'il s'agit d'une hypocondrie *cum materia*. Cela n'est pas exact. Il est vrai que la prédisposition pour l'hypocondrie étant donnée, le développement d'une maladie organique peut faire éclater la première, mais il n'y a pas d'autre connexion entre l'hypocondrie et les maladies organiques internes.

La complication la plus fréquente de l'hypocondrie du sexe féminin, c'est l'hystérie. M. conclut donc en disant que l'hypocondrie féminine est, en général, plus rare que celle des hommes, mais les formes les plus graves de l'hypocondrie sont plus fréquentes chez les femmes et les formes les plus légères exercent une influence plus désavantageuse sur les femmes,

La maladie éclate rarement tout d'un coup; en général elle se développe lentement et présente des rémissions et des exacerbations; les récidives sont assez fréquentes. Sa durée est de quelques semaines pour la forme abortive, elle varie de plusieurs mois à plusieurs années pour les autres formes.

La maladie se termine : 1° par la guérison; 2° par le passage à l'état chronique; 3° par le développement d'une mélancolie ou d'une paranoïa; 4° par la mort. Le diagnostic ne présente aucune difficulté.

Le traitement est complexe. Avant tout il faut, de la part du médecin, déployer une grande patience et il ne faut pas se lasser de répéter au malade que son affection n'est pas dangereuse et que la guérison est certaine. Jamais il ne faut dire au malade que ses souffrances n'existent que dans son imagination, qu'il lui faut seulement de l'énergie. D'abord ce n'est pas vrai et puis le malade perd confiance en son médecin. L'administration de médicaments ne sert à rien; il faut avoir soin seulement de combattre la constipation.

Le traitement gynécologique doit être rejeté dans tous les cas où il n'existe pas d'altérations notables; il faut toujours éviter les opérations, grattages, râclages et cautérisations de toutes sortes, etc.

Le régime doit être l'objet d'une règle sévère; la nourriture ne doit jamais être stimulante. Les stimulants alcooliques ne doivent être admis qu'en très petite quantité. M. prescrit le lait, un régime végétal et une fois seulement par jour de la viande. Il est bon d'engager les malades à n'user qu'avec modération du théâtre, des concerts, etc. Il préfère à ces plaisirs les voyages, et en premier lieu les voyages à pied, en été, dans les montagnes de la Suisse, à 800 ou 1000 mètres de hauteur. Le séjour au bord de la mer n'a pas une aussi bonne influence. On ne doit avoir recours à l'isolement dans une maison de santé que si un suicide est à redouter.

Relations entre les névroses et les psychoses, par le Dr ANTON.

L'auteur a présenté à la Société des médecins de Vienne, deux cas intéressants de psychoses :

Le premier concerne un homme de vingt-huit ans, héréditaire, qui fut pris, à l'occasion d'une vive émotion, d'un accès convulsif avec perte de connaissance : il grinçait des dents, mordait, piétinait, etc. Au mois de septembre il se jeta dans le Danube. Plus tard, il fut poursuivi par l'idée de tuer son chef; mais, au moment de réaliser son projet, il perdit connaissance et eut un accès analogue au premier.

Le 15 septembre, il fut amené dans le service de Meynert, où l'on constata une démarche chancelante, de la distorsion des traits du visage et une douleur énorme dans la région sus-orbitaire : une pression exercée à ce niveau provoquait une vive douleur dans tout le corps. En outre, il existait une choréïdite circonscrite, un staphylôme postérieur, de la myopie et de l'amnésie.

Après avoir essayé avec peu de succès les différents moyens généralement usités contre les maux de tête (bromure de potassium, antifébrine, antipyrine, phénacétine, etc.), Anton eut recours à la faradisation du nerf sus-orbitaire. Le résultat fut excellent et aujourd'hui, le malade est complètement rétabli.

Dans le second cas, il s'agit d'un étudiant en droit de Saint-Petersbourg qui fut compromis dans une révolte et interné pour ce fait dans la forteresse Saint-Paul. Là il fut pris de douleurs atroces dans le front et d'accès avec perte de connaissance. Dans ses accès il riait tellement que tous les autres détenus étaient pris également d'un fou rire. Plus tard, ce jeune homme présenta des idées de suicide. Reçu le 3 octobre dans le service de Meynert, on constata une parésie du facial gauche, une douleur très vive dans la région sus-orbitaire et des symptômes de neurasthénie. Pendant les accès, il avait une soif que rien ne pouvait apaiser,

les battements cardiaques étaient arythmiques, le pouls dur et tendu. Dans ce cas, la faradisation de la région sus-orbitaire a également fait disparaître d'une manière complète les accès et le malade est actuellement guéri.

Folie de la puberté, par M. MAIRET (*Ann. méd. psych.*, 1888).

Pour savoir si la puberté peut être une cause de folie et si, la folie de la puberté étant admise, celle-ci revêt une physionomie propre, Mairét a réuni toutes les observations de folie survenue dans le cours de la période pubérale qu'il a pu recueillir, et les a étudiées d'abord au point de vue de leur étiologie.

De cette étude, il est résulté que ces observations pouvaient être divisées en deux groupes : dans le premier, la puberté n'a eu aucune influence étiologique ; dans le second, elle a joué réellement le rôle de cause efficiente. *Il existe donc une folie de nature pubérale.*

Ce premier point établi, Mairét a étudié comparativement dans leur symptomatologie ces deux groupes de faits. De cette nouvelle étude, il est résulté que dans les cas de folie de nature pubérale, la maladie revêt une physionomie clinique qu'elle n'a pas dans les autres cas, c'est-à-dire dans ceux où la puberté n'est pas intervenue comme cause. *La folie pubérale revêt donc une physionomie propre.*

Seulement, à l'inverse de ce que pense Kahlbaum, Mairét croit que cette physionomie n'est pas toujours la même.

Tantôt la folie de la puberté se traduit par un *arrêt de développement intellectuel* avec ou sans troubles délirants concomitants. Tantôt elle produit seulement une perversion de l'intelligence (*folie pubérale simple*), qui se traduit par du *délire maniaque* (choréique, impulsif, hystérique), ou de la *stupeur lypémanique*.

Mais si la folie pubérale revêt une physionomie propre, lorsqu'on la compare à la folie qui se développe dans le cours de la puberté sans être causée par elle, en est-il de même lorsqu'on compare la folie de la puberté avec la folie se développant à d'autres âges ? Oui et non. Oui, pour la folie pubérale avec arrêt de développement ; non, pour la folie pubérale simple.

On peut retrouver en effet la stupeur lypémanique, la manie choréique, la manie hystérique, etc., en dehors de la puberté ; mais on peut affirmer que ces affections sont de nature pubérale, par ce fait seul qu'elles se développent dans le cours de la puberté ; en pareil cas, elles présentent du reste quelques caractères qui leur sont propres, et révèlent leur véritable origine.

G. D.

Troubles physiques et psychiques en rapport avec la menstruation, par M. V. BUSCHMANN (*Sem. méd.*, 1889).

L'auteur relate deux observations d'une intéressante altération de l'organisme provoquée par les règles. Il y a cinq ans, il fut appelé auprès d'une femme qu'il trouva assise dans une grande chambre aux portes ouvertes et qui présentait une tuméfaction générale et excessivement douloureuse de la peau.

Après lui avoir fait une injection de morphine, Buschmann constata un œdème de tout le corps, une respiration stertoreuse, une tuméfaction du foie et de la rate. Les seins étaient tellement gonflés qu'ils étaient prêts à se perforer. À côté de ces symptômes physiques, il en existait d'autres d'ordre psychique, et notamment un véritable délire de persécution. Tous ces symptômes débutèrent trois semaines avant les règles et durèrent jusqu'au moment de leur apparition, époque où ils disparaissaient totalement.

Après avoir essayé les différents traitements qui lui furent prescrits par plusieurs professeurs de Vienne, de Berlin, etc., sans aucun succès, la malade eut recours au massage sur les conseils de Buschmann. Ce traitement donna une amélioration qui dura quelques mois, après quoi les accès reparurent de nouveau. Un fait analogue a été observé par l'auteur, au Caire, chez une dame du Brésil.

La simulation de troubles mentaux, par FURSTNER (*Neurol. Centralbl.*, déc. 1888).

Les individus qui simulent la folie se partagent, d'après l'auteur, en deux grands groupes; le premier comprend les sujets intacts, le second les individus déjà atteints de tare mentale qui exagèrent leur affection ou y ajoutent des symptômes étrangers.

Les maladies simulées sont par ordre de fréquence: 1° les affections mentales caractérisées par de l'apathie, du mutisme, le défaut d'adaptation des réponses écrites ou parlées à la demande, l'incohérence des actes; 2° les maladies psychiques avec troubles de la conscience; ces troubles auraient existé au moment où a été accompli l'acte délictueux; le malade souvent se prétend atteint en même temps d'hallucinations sensorielles; dans les intervalles lucides, il présente les mêmes troubles du langage et des actes que les simulants de la catégorie précédente.

Dans un 3° groupe, se rangent des complexes symptomatologiques très divers, variables selon les sujets et ne répondant à aucune affection mentale connue.

Un 4^e groupe comprend les états d'excitation avec désordre et violences.

La simulation n'affecte que rarement d'autres formes que celles indiquées dans ces 4 groupes.

L'auteur termine son travail en donnant la description de ces classes et leur diagnostic différentiel. D^r DE BOECK.

De l'état mental aux approches de la mort, par M. FÉRÉ (Soc. de Biologie, 16 févr. 1889).

Il est presque de règle dans la submersion que les noyés aient avant de mourir une sorte de vision rétrospective des principaux événements de leur vie antérieure. Ce fait, qui est de connaissance vulgaire, n'est pas spécial aux noyés. On l'observe dans différentes circonstances : un certain nombre d'épileptiques, au moment d'avoir leurs accès, ont une sorte de réminiscence de leur vie passée. C'est là une variété d'aura psychique que H. Jackson a déjà signalée. Féré croit que la même chose se passe aux approches de la mort naturelle : il a vu en effet un certain nombre de malades qui, avant de mourir, alors qu'ils étaient déjà sans connaissance, ont retrouvé pour un instant leur intelligence, sous l'influence d'une injection d'éther, et donné des renseignements d'une parfaite exactitude sur quelques faits auxquels ils avaient été mêlés à une époque déjà lointaine. Tout donne lieu de croire que l'injection d'éther ne fait ici qu'accentuer une disposition normale. On pourrait, dans certains cas, tirer un grand profit de la connaissance de ces faits.

A l'appui de ce fait, Brown-Séquard déclare qu'il y a un phénomène encore plus curieux qui se produit chez les mourants, c'est la possibilité d'une récupération complète de la sensibilité, de la motilité et de l'intelligence chez des sujets qui, depuis longtemps, avaient perdu toutes ces facultés à la suite d'une lésion organique du cerveau. Il a rapporté, en 1874, un certain nombre d'observations à l'appui de cette assertion ; ces faits semblent démontrer, qu'au moment de la mort, des modifications assez importantes surviennent dans la composition du sang et dans la nutrition des organes.

La folie paralytique de nature neurasthénique, par le D^r ROSCIOLI (*Neurol. Centralbl.*, 1889).

L'auteur aurait mieux fait de désigner cette maladie sous le nom de « Neurasthénie pseudo-paralytique. » Il rapporte deux cas dont les symptômes se rapprochaient de ceux de la paralysie générale

(démence apparente, tremblement, vertiges, céphalalgies et autres troubles de la sensibilité et de la motilité, même des paralysies complètes); ils s'en distinguaient néanmoins, spécialement par l'intensité très variable de quelques-uns d'entre eux et par la marche favorable de toute la maladie; de plus la démence véritable n'existait pas et était remplacée par une apathie extraordinaire; il n'existait ni délire, ni réaction exagérée des pupilles; le trouble caractéristique de la parole n'était pas le résultat d'un état aphasique ou d'un trouble de la coordination, mais d'une paralysie passagère des muscles de la langue. L'auteur considère ces cas comme des troubles fonctionnels de l'écorce cérébrale, et parfois même de la moelle qui, au cas où il existerait une lésion organique, provoquerait le complexe symptomatique de la paralysie; c'est pour ce motif qu'il considère cette maladie comme de nature neurasthénique.

Au premier abord on était tenté de diagnostiquer une démence paralysoforme, mais l'âge de 18 ans joint à la marche favorable de la maladie fait exclure cette dénomination.

J. M.

Un cas de gangrène symétrique spontanée, par STEINER (Neurol. Centralbl., 1888).

Il s'agit d'une jeune fille de 17 ans, réglée seulement depuis un an, légèrement chlorotique, qui fut soignée pendant plusieurs mois à l'hôpital pour faiblesse générale consécutive à une forte émotion. Sortie guérie, elle fut atteinte quelques temps après, d'une plaque gangréneuse à la partie dorsale de la main droite et 3 semaines après de gangrène superficielle de tout le côté de la flexion à l'avant-bras droit; 2 jours après la même affection apparut à la partie postérieure de l'avant-bras gauche. La guérison ne se fit que lentement.

Son mode d'extension, son siège, sa localisation dans les parties superficielles sans jamais entamer les tissus profonds rendent curieux ce cas d'asphyxie locale et de gangrène des extrémités.

D^r DE BOECK.

Les noms des aliénés, par GUCCI (Neurol. Centralbl., 1888).

Gucci fait remarquer la fréquence de prénoms extraordinaires même absolument extravagants chez les aliénés et surtout chez les dégénérés; sur 121 aliénés à prénoms inusités, 94 étaient atteints de psychose avec dégénérescence.

L'auteur du compte-rendu fait remarquer qu'en Allemagne la même observation peut être faite; il est facile de constater que souvent non seulement les aliénés mais encore leurs frères et leurs sœurs portent des prénoms extraordinaires.

D^r DE BOECK.

Cocaïnisme et morphinisme, par H. OBERSTEINER (*Neurol. Centralbl.*, 1888).

Le cocaïnisme ne se rencontre pour ainsi dire que chez les morphinomanes qui ont cru pouvoir abandonner la morphine en se soutenant par la cocaïne. Son action varie beaucoup selon les individus; il en est à qui elle ne donne jamais la sensation de bien-être cherchée. Elle agit à la fois sur le corps et l'esprit: le morphinomane qui l'emploie, voit rapidement tomber ses forces; l'amaigrissement est extrême. Les symptômes cérébraux sont continus ou paroxysmatiques: anxiété, idées de persécution et hallucinations surtout dans les sphères visuelle, auditive et tactile; tantôt ces hallucinations représentent au malade des êtres terrifiants, au visage grimaçant, qui le menacent; tantôt le malade sent courir sur la peau des bestioles telles que des blattes, des pous, etc. — On observe en outre de l'insomnie, de l'inappétence, de l'impuissance.

Les troubles consécutifs à la suppression brusque de la cocaïne n'apparaissent parfois que 15 jours et plus après la suppression du poison; ils sont souvent beaucoup plus tenaces que ceux produits par l'abstention de la morphine; ce sont de l'anxiété, des idées délirantes, des hallucinations, comme pendant l'emploi du poison, apparaissant par moments et alternant avec des périodes de repos complet. Fréquemment surviennent des attaques brusques de collapsus.

L'auteur ne voit cependant pas dans ce qui précède des motifs suffisants pour abandonner l'emploi de la cocaïne dans la morphinomanie. Il suffit d'avoir soin de l'administrer par la bouche et non par injection sous-cutanée; on en donne plusieurs doses de 0,05 à 0,10 par jour, mais jamais plus de 50 centigrammes. Après deux à trois jours, on diminue rapidement, de façon à ne pas employer la cocaïne pendant plus de 5 à 6 jours. On cesse au besoin de s'en servir, dès qu'apparaît le moindre symptôme d'intoxication.

Il suffit de prendre ces quelques précautions pour posséder un médicament des plus utiles dans la guérison de la morphinomanie.

D^r DE BOECK.

La guérison de la folie chronique, par R. GUCCI (*Neurol. Centralbl.*, 1888).

L'auteur fait le relevé des cas de guérison tardive observés à l'asile d'aliénés de Florence de 1850 à 1887. Pendant cette période 8048 hommes et 6589 femmes furent admis à l'asile; 2630 hommes et 2415 femmes en sortirent guéris. 72 hommes et 97 femmes firent un séjour de plus de deux ans dans l'établissement; 5 hommes et 3 femmes y restèrent plus de 10 ans avant guérison complète. 51 d'entre eux (21 hommes et 30 femmes), c'est à dire moins du 1/3, durent être réintégrés plus tard dans l'asile.

Il résulte des chiffres cités par l'auteur que l'on peut espérer une guérison tardive dans les cas de troubles psychiques simples qui tournent à la chronicité, sans s'accompagner de faiblesse psychique bien accusée : lorsque l'affection se caractérise par des accès de dépression ou d'exaltation avec rémissions ou avec long stade prodromique, lorsque le sujet est du sexe féminin, lorsque la maladie mentale ne s'est déclarée que dans un âge assez avancé, lorsqu'il y a hérédité et lorsqu'un « shock » grave a été la cause occasionnelle de la maladie.

D^r DE BOECK.

La galvanisation de la glande thyroïde chez les épileptiques, par C. SIGHICELLI (*Riv. sperim. di Freniatri*, 1888).

En s'appuyant sur les travaux récents publiés sur les fonctions de la glande thyroïde et sur des observations personnelles qui lui démontrent l'existence de rapports entre les maladies de la glande thyroïde et certains symptômes nerveux graves, l'auteur croit pouvoir conclure que certains cas d'épilepsie se rattachent à une maladie de cette glande.

7 épileptiques ont été traités par l'électrisation de cette glande soumise pendant 5 à 10 minutes à un courant de 2 à 10 milliampères.

L'auteur obtint les résultats suivants : il constata après plusieurs semaines que l'état de 3 des malades était resté le même; chez les 4 autres, il observa d'abord une augmentation, puis une diminution notable et persistante du nombre des accès, la disparition presque complète des symptômes antérieurs et consécutifs à l'accès, la diminution de leur durée et de leur intensité, l'amélioration notable de l'état mental du malade.

D^r DE BOECK.

Action thérapeutique de l'hyoscine, par le D^r KNY.

Au Congrès des médecins aliénistes tenu à Karlsruhe, en 1888, l'auteur a communiqué le résultat de ses expériences avec ce médi-

cament à la clinique psychiatrique de Strasbourg. Il l'a administré à 88 malades appartenant aux différents groupes des maladies mentales. Les résultats furent très avantageux chez plus des trois-quarts de ses malades; il obtint un sommeil de 6 à 8 heures tout au plus une heure ou deux après l'administration du médicament. Les résultats nuls ou insuffisants furent spécialement observés dans les cas d'insomnie *sans* excitation motrice, les résultats les plus favorables dans les cas accompagnés d'excitation motrice, p. ex. dans la manie et la paralysie. La dose était de $\frac{1}{2}$ à 1 milligr. qui, en raison de la tolérance, devait être portée parfois jusqu'à 3 milligrammes par jour.

Quelques faits médico-légaux, par le D^r H. MABILLE (*Archives de Neurol.*, 1889).

I. — Le nommé X..., âgé de quarante-cinq ans, ayant des habitudes d'alcoolisme, se poste un jour sur une route et tire un coup de revolver sur un huissier, sans l'atteindre, d'ailleurs.

C'est un homme irascible, manifestant sa volonté avec énergie; il présente du tremblement des mains, sans embarras de la parole ni hallucinations de la vue et de l'ouïe; ses pupilles sont égales et on ne note pas chez lui de troubles de la sensibilité générale.

Quand on l'interroge sur les actes qu'on lui reproche, il répond : « Je voulais éveiller l'attention de la justice. Je suis ruiné par le fait d'un jugement. Le juge de paix n'a pas voulu m'écouter. On me devait de l'argent, et au lieu d'être payé, j'ai été condamné à payer; on a saisi mes biens, on m'a forcé à vendre mes récoltes; j'ai été ruiné, et ma famille est dans la misère. »

Quand on objecte à X... qu'il n'a pas ainsi le droit de se faire justice soi-même, il répond :

« Ne pouvant faire appel d'un jugement de simple police, j'ai tiré sur l'huissier pour que ma cause puisse être reprise à nouveau. Qu'on me rende ce qu'on m'a pris, je ne dirai plus rien. Ils ont été inhumains à mon égard et m'ont forcé à être plus inhumain qu'eux. L'huissier avait saisi ma récolte, je ne pouvais plus payer le boullanger; mes vignes étaient phylloxérées, j'étais ruiné. Je pensais à mon malheur nuit et jour.

« Mais je ne suis pas fou; je me rends fort bien compte de ce que j'ai fait. Je savais fort bien ce que je faisais. Si j'avais voulu véritablement tuer l'huissier, je n'aurais pas mis du plomb dans mon arme. Je voulais qu'on me rendit justice, qu'on me restituât les choses prises indûment. On m'a fait manger ce qui revenait de mes vieux parents. C'était tout mon bonheur, ce que j'avais de plus

précieux au monde, et quand on est jugé comme cela, il prend envie de se faire justice soi-même. Maintenant on veut me faire passer pour fou, je ne le suis pas. » Il est difficile de le faire sortir de cet ordre d'idées qu'il exprime sans incohérence, d'ailleurs.

L'information révèle que X... se grisait souvent, qu'il a été condamné pour vol deux fois et soupçonné d'avoir mis le feu.

Mais tous les témoins affirment qu'il n'a jamais donné de preuves d'aliénation mentale. On ne note pas non plus d'hérédité dans sa famille.

Nos conclusions furent les suivantes : X... est un homme irritable chez lequel les contrariétés ont agi peut-être avec plus d'intensité que sur une autre personne. Les pertes d'argent paraissent avoir tourmenté vivement l'inculpé qui songeait continuellement à sa ruine; à ces chagrins s'ajoutèrent des habitudes d'intempérance qui accrurent encore son irritabilité nerveuse et cérébrale. Mais X... n'a jamais eu de visions d'animaux; il n'est pas atteint d'alcoolisme chronique. Il n'a pas commis l'acte qui lui est reproché sous l'influence d'une impulsion, mais en connaissance de cause. Mais les habitudes d'intempérance ont exagéré les chagrins et si X... n'est pas aliéné, il n'en demeure pas moins certain que sa responsabilité doit être atténuée. Le jury de la Charente-Inférieure rendit un verdict condamnant X... au minimum de la peine.

II. — R..., ancien gardien de prison, d'une forte taille, a la tête régulièrement conformée; on ne trouve pas chez lui de stigmates d'hérédité et on ne connaît pas d'antécédents fâcheux dans sa famille au point de vue mental.

Il est accusé d'avoir adressé des menaces de mort à M. le président du tribunal civil de la Rochelle : « Si vous ne me rendez pas justice, a-t-il écrit, je vous brûlerai la cervelle. »

R... prétend être victime de calomnies. On l'a rendu responsable de faits commis par d'autres, alors qu'il était gardien de prison. Il a été déplacé. On l'accusait, prétend-il, d'avoir excité les hommes à réclamer au sujet de la nourriture. Ce n'est pas sa faute si la quantité de légumes verts allouée par les règlements aux prisonniers n'était pas donnée par le gardien-chef; de même on lui devait le chauffage, et il prétend qu'on lui a fait payer indûment une somme de 30 francs pour bois et éclairage.

C'est à la suite de ces difficultés qu'il a été déplacé, qu'il a quitté son poste. Alors l'administration l'a considéré comme démissionnaire et lui a refusé sa retraite qui allait pouvoir lui être accordée. S'il a quitté l'administration, c'est pour se faire rendre justice; il

voulait prouver que des faux rapports avaient été faits contre lui, il reproche au président du tribunal de la Rochelle de n'avoir pas voulu l'écouter, alors que ce magistrat, à maintes reprises, est intervenu en sa faveur pour lui faire obtenir sa retraite. Il prétend d'ailleurs, n'avoir pas eu l'intention de tuer M. le président, et si, dit-il, j'avais eu l'intention de le faire, je ne l'aurais pas écrit. Mais il ne cessera de menacer jusqu'au jour où justice lui sera rendue. R... s'obstine à répéter les mêmes choses, il se meut toujours dans un même cercle d'idées, cercle fort restreint, poursuivant ses récriminations toujours les mêmes. Il a d'ailleurs une foule de placards qu'il se propose d'afficher sur les murs de la ville pour dénoncer l'injustice. Il ne comprend pas qu'on veuille le faire passer pour fou. Ses écrits sont d'ailleurs l'écho de ses récriminations verbales, mais ne présentent ni incohérence ni idées de grandeur. On ne note pas de troubles de la sensibilité générale ou spéciale chez le nommé R..., qui est sobre.

Nous crûmes pouvoir, après un examen très prolongé, tirer de notre étude de l'inculpé les conclusions suivantes : « R... est, à notre avis, un de ces individus ressemblant, à s'y méprendre, au type décrit sous le nom de *persécutés persécuteurs*. Cette tendance aux idées de persécution *sans hallucinations de l'ouïe* se rencontre, en général, chez les personnes entachées d'hérédité. (Voir POTHIER. *Les aliénés persécuteurs*, Paris, 1886.) Dans le cas de R..., on n'a pas trouvé d'hérédité nerveuse ou mentale. Et on peut toujours objecter qu'il y a une part plus ou moins grande de vérité dans les assertions de ces persécutés, que beaucoup d'hommes à l'état normal se font illusion sur la valeur de leurs griefs.

Néanmoins chez R..., la conduite et les actes sont absolument dirigés par l'idée dominante qu'on a commis à son égard des injustices. Rien ne lui coûte pour poursuivre le but incessant de ses efforts; il ne tient compte d'aucune considération, malgré la multitude des échecs qu'il a éprouvés; il veut arriver à son but, s'élever contre l'injustice de l'administration, et il envisage *avec satisfaction* le moment où on pourra lui accorder une retraite avec une petite indemnité. Il est donc difficile de faire la part exacte des manifestations diverses de son intellect, de ce qui se rapproche de l'idée fixe et de ce qui, à un moment donné, pourrait faire croire à une tentative de chantage.

Nous considérons donc que le nommé R..., sans être un persécuté ordinaire, puisqu'il n'a pas d'hallucinations de l'ouïe, et que d'autre part il n'est pas non plus un héréditaire, n'en présente pas moins un état mental particulier qui le place sur les frontières de l'aliéna-

tion et, par conséquent, sur les frontières de l'irresponsabilité. La responsabilité de R... nous paraît donc devoir être très atténuée.

Le tribunal de La Rochelle, adoptant ces conclusions, condamna R... à une peine très minime.

III. — M^{me} X..., âgée de 29 ans, pâle, anémiée, très maigre, est accusée de vols multiples. Depuis une fausse couche faite il y a 3 ans, elle est prise à chaque instant d'hémorragies utérines très fréquentes. Elle rend des caillots de sang énormes et ses règles viennent plusieurs fois par mois, suivant son expression. De plus, son mari déclare que, depuis près de 3 ans, il lui a été impossible d'avoir aucun rapport sexuel avec sa femme, « le canal étant comme bouché. » Plusieurs médecins ont tenté vainement de l'examiner et nous constatons nous-mêmes l'existence du *vaginisme*. Cependant, après un badigeonnage et une injection de cocaïne, nous parvenons à introduire un petit speculum de Fergusson dans le vagin. La muqueuse vaginale est rouge, boursoufflée; granulations sur le col utérin avec petites ulcérations.

M^{me} X... a des constipations opiniâtres et vers la 10^e côte elle porte une zone très sensible qui amènerait facilement une crise nerveuse par la pression. Cependant elle n'a ni hémianesthésie, ni anesthésie disséminée. Elle est prise souvent d'étouffements et syncopes consécutives. La grand'mère maternelle est morte aliénée; un de ses frères a un tic nerveux de la face; une tante est considérée comme bizarre, elle est somnambule; une autre tante est morte privée de sa raison à l'âge de 29 ans. M^{me} X... est triste depuis longtemps, se lamente, fait des scènes à tout le monde. Elle est poursuivie sans cesse par l'idée qu'elle *deviendra folle comme sa tante à 29 ans* et qu'elle mourra à cet âge.

L'information relève contre M^{me} X... les faits suivants : depuis 3 mois, elle se livre à des vols répétés, s'emparant des objets les plus disparates : côtelettes, morceaux de sucre, dentelles, velours, serviettes, pastilles de gomme, etc.

Ce n'est qu'à la longue qu'elle se souvient d'avoir pris tel ou tel objet dans tel ou tel endroit, et pendant la nuit, elle dit plusieurs fois à son mari avec désespoir : « Mais aide-moi donc ! J'ai l'idée d'avoir pris quelque chose. » C'est ainsi qu'elle arrive peu à peu à savoir où elle avait pris les objets qu'on lui réclamait et comment elle les avait pris.

Elle entrait dans un magasin, voyait un objet, le touchait, le mettait sous son manteau ou le replaçait après l'avoir touché. Elle plaçait les objets emportés dans une armoire, n'importe où, ne s'en occupait plus, ou s'en servait en travaillant devant sa porte. Un jour, elle prit de l'argent sur un comptoir et retourna chez elle

avec l'argent dans sa main, sans se cacher. Au moment des vols, M^{me} X... avait des hémorragies utérines abondantes et presque continuelles, cela depuis plusieurs mois.

L'ensemble des faits nous porte à voir un lien intime entre les faits reprochés et les troubles nerveux divers de M^{me} X... Car, comme dit Legrand du Saulle, les vols sont commis, en général, pendant les règles ou à la veille des époques et la perte de souvenir du vol est une chose à peu près constante chez les voleurs aux étalages. Or, M^{me} X... est, avant tout, une héréditaire avec troubles hystériques et vaginisme avec métrite chronique et hémorragies utérines. Pour ces raisons, nous crûmes devoir conclure à l'irresponsabilité et M^{me} X... fut renvoyée des fins de la plainte.

Depuis cette époque, le vaginisme traité par des mèches iodo-formées et les ulcérations utérines amendées par des topiques ont disparu ainsi que les hémorragies; les rapports sexuels sont devenus possibles. Il y a du reste à observer que par une sorte d'hérédité homochrome, les troubles nerveux de M^{me} X... ont eu leur summum à vingt-neuf ans, comme ceux de sa tante morte aliénée à vingt-neuf ans.

IV. — M^{me} X... est atteinte d'aphasie avec hémiplegie droite incomplète; elle a de la cécité verbale, de l'agraphie; la parole volontaire spontanée est abolie, ainsi que la parole en écho; elle ne peut écrire sous la dictée.

Sa famille veut la faire tester et le notaire s'y refuse. Consulté, nous conseillons à la famille de ne pas insister; la tendance de l'hémiplegie droite à disparaître nous fait d'ailleurs penser que l'amélioration pourra survenir et l'aphasie s'amender. Quelques semaines après, cette hémiplegie disparaît en effet. La malade a la compréhension de l'écriture, la compréhension de la parole, la possibilité de copier quelques mots. La parole volontaire spontanée est revenue en grande partie ainsi que la parole en écho; la malade peut lire *un peu*, mais ne peut écrire spontanément. « Je suis malheureuse, disait-elle avec la plus grande lenteur, je sais ce que je veux faire et ne puis le dire; les détails, je ne puis les dire, et je ne puis prononcer les noms propres. »

M^{me} X... pouvait-elle tester? Nous le pensâmes pas. Le testament par *acte public* doit être dicté par le testateur. Or, M^{me} X... ne pouvait dire les noms propres et brouillait les détails; elle était agraphique et d'ailleurs le notaire n'aurait pu légalement copier son testament; elle ne pouvait donc faire de testament *olographe*.

Le testament *mystique* était aussi chez M^{me} X... bien difficile. En effet, elle avait encore de la cécité verbale et n'aurait pu lire le testament après l'avoir dicté, ce qui peut être une cause de nullité. De plus, son oubli des noms propres et l'impossibilité où M^{me} X... se trouvait de rassembler les détails nous firent penser que le malade ne nous paraissait pas dans de bonnes conditions pour faire un testament mystique, alors même qu'elle l'eût écrit de sa main.

Depuis plusieurs mois, M^{me} X... a repris possession de ses facultés; son aphasie et les troubles variés qui la constituaient ont disparu. Elle a renvoyé de sa maison les parents qui, pendant le cours de sa maladie, avaient agi sur elle pour la faire tester en leur faveur.

L'enquête de la « British medical Association » sur la tempérance, par le docteur NORMAN KERR (Quat. Journ. of inebriety, 1888).

L'Association médicale de la Grande Bretagne a procédé à la recherche de la moyenne de l'âge du décès chez les ivrognes et chez les amis de la tempérance. Son travail porte sur 4234 décès (seulement des hommes ayant dépassé 25 ans); au premier abord il paraît peu favorable aux partisans de la tempérance. L'âge moyen de la mort était de

51,22	chez ceux qui en font une abstinence complète.
62,13	» » » » un usage très modéré.
59,67	» » » » modéré.
57,59	» les buveurs.
52,03	» les ivrognes.

Les ivrognes sembleraient ainsi pouvoir vivre aussi longtemps que ceux qui s'abstiennent de toute boisson alcoolique.

L'auteur à juste titre critique ce procédé d'examen et a recours à une base toute autre empruntée à la statistique d'une des plus grandes Sociétés d'assurances de l'Angleterre qui exclut les ivrognes et qui admet, dans une section spéciale, les partisans de la tempérance absolue (qui ne paient qu'une prime réduite). De 1866 à 1887, donc en 20 années, on a compté, dans la section de tempérance, comme chiffre probable de la mortalité, 3937 et comme chiffre réel des décès, 2798. Dans la section générale où 6144 était le chiffre probable de la mortalité, il y eut 5984 décès comme chiffre réel.

Si dans la section générale la proportion des décès sur le chiffre probable était de 97 %, dans la section spéciale des amis de la tempérance la proportion des décès n'a été que de 71 %. J. M.

L'hypnotisme à l'Académie royale de Médecine de Belgique,
par le D^r CUYLITS.

L'hypnotisme a été, au cours de l'année 1888, l'objet de longs et importants débats à l'Académie de Médecine. Il n'est peut-être pas de matière qui soit plus de la compétence des médecins aliénistes ou qui ait pour eux un intérêt plus particulier. Hystérie et hypnotisme sont deux expressions, qu'ils ne se lassent pas d'envisager ou de scruter. Ce n'est pas, pourtant que les dissertations, les monographies, les contributions à ces deux sujets fassent défaut. Chacun sait que sous ce rapport il y a pléthore, une pléthore qui n'est près de finir : il faut en prendre son parti et tout lire.

Pour faire pardonner ce compte-rendu et en raison des motifs précédents, nous condenserons le plus clairement et le plus brièvement possible tout ce qui est dit à l'Académie sur l'hypnotisme. Nous ne retiendrons de ces discussions que les faits et les arguments, qui sont de nature à jeter quelque jour sur la question et à fixer les opinions.

C'est le 28 janvier 1888 que M. Rommelaere déposa la proposition suivante sous forme de motion d'ordre :

« L'Académie royale de Médecine de Belgique, considérant que la « pratique vulgarisée de l'hypnotisme entraîne souvent des accidents « graves à la suite chez les assistants :

« Considérant que les représentations de cet ordre sont la provo-
« cation publique d'un état morbide grave; appelle l'attention du
« gouvernement sur la nécessité de mettre un terme aux abus qui
« résultent de cette pratique. »

La proposition de M. Rommelaere, appuyée par M. Masoin ayant été prise en considération, puis adoptée, une Commission composée de MM. Boddaert, Crocq, Masoin, Héger et Semal fut invitée d'en entretenir l'Académie à la séance prochaine. Au sein de cette Commission, M. Masoin fut désigné comme rapporteur.

A la séance du 25 février, M. Masoin donna lecture de son rapport :

Après quelques considérations sur l'histoire du magnétisme, après avoir essayé de définir l'hypnotisme qui échappe jusqu'à présent à une définition brève et exacte, M. Masoin indique le plan général de son rapport ; il décrira les services qu'a pu rendre l'hypnotisation pour ne pas être taxé d'injustice quand il en stigmatisera l'usage en raison des dangers inhérents aux pratiques hypnotiques.

1° L'étude de l'hypnotisme peut être utile en psychologie ;

2° Il pourrait rendre service aux arts plastiques, les modèles hypnotisés pouvant exprimer devant l'artiste des sentiments et des attitudes dont l'expression vive pourrait être fixée dans leurs ébauches ;

3° Il rendrait des services à la magistrature, soit qu'il s'agisse de faire parler malgré eux des inculpés ou des témoins, soit qu'il s'agisse de déterminer que c'est en état d'hypnose qu'une personne a posé l'acte incriminé ;

4° Ce pourrait être un agent de traitement moral comme un agent d'éducation; on a corrigé par lui des habitudes d'intempérance, des perversions graves de caractère, des habitudes invétérées d'onanisme;

5° Enfin et surtout il faut signaler son action comme agent thérapeutique et comme préliminaire à ces applications curatives, le rapporteur remarque que sous le rapport physiologique on a déjà constaté des modifications parfois étonnantes dans le pouvoir des sens, des changements dans la vitesse du pouls artériel — la rougeur et la vésication des téguments, des hémorragies même obtenues par suggestion.

Passons aux applications thérapeutiques :

Dans les maladies mentales, l'impuissance de l'hypnose depuis Esquirol jusqu'à nos jours fut à peu près générale. Cela tient presque toujours à l'impossibilité où l'on se trouve de fixer l'attention du sujet.

On peut y recourir avec plus de succès pour remédier aux accidents qui intéressent le système nerveux, quand les altérations sont encore purement dynamiques. Citons l'insomnie, les névralgies, les paralysies et les contractures, la crampe, même la crampe des écrivains, l'aphonie nerveuse, l'incontinence de l'urine, le refus d'aliments, les souffrances rhumatismales, l'affaiblissement de la vue ou de l'ouïe, la chorée, l'hystérie, l'épilepsie et même le tétanos et la rage.

M. Bernheim a publié dans son livre *De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique* 105 observations dont M. Masoin reproduit le tableau général.

Comme agent d'anesthésie chirurgicale, il a également fait ses preuves, quoiqu'il soit certainement infidèle. Après le tableau impartial des services que peut rendre l'hypnotisme, le rapporteur en envisage les dangers. Ces dangers sont de l'ordre moral et de l'ordre médical. Considérons d'abord les premiers.

Un des faits dominants de l'hypnose, c'est l'affaiblissement de la volonté personnelle, qui finalement dans la plupart des cas sinon toujours abdique complètement son empire pour s'identifier avec la volonté du magnétiseur.

De là, des scènes inconvenantes, des confidences excessives, des aveux involontaires, comme le démontrent les faits cités par le rapporteur, — de là, aussi les actes les plus graves commis avec une inconscience absolue, avec une brutalité complète, et avec toutes les apparences de la raison, à des échéances plus ou moins éloignées. —

Le magnétisé est devenu un instrument docile auquel on a pu même imposer l'oubli de l'origine d'où procède la suggestion. — A l'appui sont cités des faits rapportés par le D^r Warlomont, ou observés à la Salpêtrière, ou encore relatés par MM. Bernheim et Liégeois de Nancy.

Faut-il avec M. Brouardel penser que, les suggestions mettant en révolte ses affections personnelles ou ses instincts naturels, la somnambule oppose une résistance invincible? M. Masoin répond avec M. Beaunis : « Dans certains cas, la lutte intérieure peut durer très longtemps mais le sujet finit par céder. »

Passons aux dangers de l'ordre médical.

Si on en croyait M. Delbœuf ces dangers seraient nuls. — Mais l'opinion assez universelle des médecins est bien différente. — A ce propos, le rapporteur rappelle l'opinion de Mendel en Allemagne, de Charcot en France, de Lombroso en Italie, du Conseil supérieur de santé de ce dernier pays, etc. Ces faits ont déjà été publiés. Le rapporteur en signale de nouveau qui donnent une grande importance à ces déclarations. Ce sont des faits particuliers, précis, jusqu'ici inédits, émanant des D^{rs} Lefebvre, R. Boddaert, Rommelaere, Héger, Thiriard, Cuylits. Ces dangers menacent soit le magnétiseur, soit ses sujets, soit même les simples spectateurs d'hypnotisés dans des séances publiques.

Les accidents produits peuvent être immédiats, généralement fugaces et bénins tels que pâleur, syncope, envies de vomir, céphalalgies, crises convulsives, fatigue portée jusqu'à l'épuisement. A un degré plus avancé, des hallucinations persistantes, au delà de l'hypnose, des symptômes de congestion cérébrale pendant plusieurs jours.

Enfin, à la suite d'une pratique fréquente chez les sujets du magnétiseur et chez le magnétiseur lui-même des conséquences plus graves encore : des hallucinations persistantes entraînant le délire et finalement une monomanie, qui a duré, 9 et 10 ans, jusqu'à la mort — de l'hystérie et de l'épilepsie — des convulsions hystéro-épileptiques de longue durée.

Il invoque ensuite les opinions, déjà connues de Charcot et de Lombroso; il rappelle l'autorité plus imposante encore des Sociétés savantes, enfin des expériences instituées sur les animaux par M. Harting, professeur à l'Université d'Utrecht : les animaux soumis à l'hypnotisation répétée ne tardent pas à mourir.

Tel est le bilan de l'hypnotisme.

M. Masoin soumet en conséquence à l'approbation de l'Académie au nom de la Commission, la résolution suivante prise à l'unanimité :

« La Commission considérant que les séances publiques d'hypnotisme offrent des dangers, pour la morale et la santé publiques, « estime qu'elles doivent être interdites par le législateur. »

Et si l'on interdit les représentations publiques, se demande l'honorable rapporteur, y aura-t-il, en compensation, une recrudescence des séances privées? Il ne le croit pas. Les séances publiques appellent et provoquent les autres. Le magnétisme demeurera dans certaines limites. Nos législateurs ont fait chose utile et morale en fermant les maisons de jeu, en punissant l'ivresse publique, en réglant la vente des substances médicamenteuses et toxiques. Aux mêmes titres, ils interdiront les représentations publiques de l'hypnotisme.

Réglémenté dans son usage comme l'opium et l'éther, il pourra servir utilement. Mais même dans les conditions les plus légitimes, il faut se souvenir de trois règles principales, établies par l'école de Nancy;

« Ne jamais hypnotiser un sujet qu'après avoir obtenu son assentiment formel ou l'assentiment de ceux qui ont autorité sur lui;

« Ne jamais provoquer les phénomènes qu'en présence d'une tierce personne honorable et sûre, qui garantisse à la fois l'hypnotiseur et l'hypnotisé. »

S'enquérir au préalable si le sujet n'est pas atteint d'accidents nerveux ou de troubles circulatoires et qu'elle est leur nature; si l'on en découvre, agir prudemment et, si l'on n'est pas médecin soi-même, prendre l'avis d'un homme compétent.

A la suite de ce rapport, M. Kuborn obtient la parole pour motiver le dépôt de la proposition suivante :

L'Académie royale de Médecine de Belgique, considérant que tout appel fait à une réglementation de la pratique de l'hypnotisme n'entre pas dans ses attributions scientifiques, passe à l'ordre du jour.

Séance du 31 mars 1888.

M. Kuborn n'a pas vu, n'a pas ouï dire que les représentations publiques d'hypnotisme aient provoqué, tout au moins en Belgique, des états morbides graves. D'ailleurs pourquoi l'Académie discuterait-elle une proposition faisant appel à une répression légale?

Le Gouvernement n'a point demandé son avis, et en vertu de ses statuts organiques l'Académie n'a à s'occuper que des études et recherches qui peuvent contribuer au progrès des différentes branches de l'art de guérir.

M. Héger estime que l'Académie, ayant chargé une Commission de faire un rapport sur l'hypnotisme et décidé d'ouvrir une discussion sur ce travail, a le droit de s'occuper de la question.

En ce qui concerne les conséquences graves de la pratique publique de l'hypnotisme que M. Kuborn prétend ignorer, outre qu'il en est cité de nombreux exemples dans le rapport de M. Masoin, M. Héger connaît personnellement des cas qu'il n'a pu signaler

par discrétion ou scrupule de délicatesse. Il cite le cas d'une jeune fille, n'ayant jamais été malade, devenue cataleptique à la suite d'une séance d'hypnotisme dans une petite ville où nombre de personnes ont, du reste depuis lors, été atteintes de troubles nerveux.

L'hypnotisme pourrait donc provoquer une sorte d'épidémie nerveuse. Il appartient à l'Académie d'indiquer au Gouvernement la voie à suivre pour éviter d'aussi funestes conséquences.

M. Rommelaere insiste pour que la discussion ait lieu. M. Thiry parle dans le même sens.

M. Crocq demande que l'on vote immédiatement sur la conclusion du rapport de la Commission.

M. Kuborn tient à justifier son opinion.

Les faits publiés par M. Lombroso sont contestables et ont été contestés. — Bernheim a fait 7000 à 8000 hypnotisations sans aucun accident. — Dans les séances d'hypnotisation auxquelles il a assisté, il a pu se convaincre que peu de personnes sont susceptibles d'être magnétisées ou d'en subir l'influence. Celui qui n'a jamais été magnétisé et qui ne veut pas l'être ne le sera pas. Il entend parler des Belges et non des méridionaux qui, dit-on, sont très sensibles à l'hypnotisation en raison de leur tempérament.

Si la pratique publique de l'hypnotisme est dangereuse, ce n'est pas en l'interdisant qu'on la supprimera : elle deviendra privée et non moins répandue. M. Masoin dit que si les viols connus, favorisés par l'hypnotisation sont rares, c'est qu'en général on les ignore. Mais sur quoi donc le rapporteur base-t-il cette appréciation ?

Ceux qui veulent que l'hypnotisme soit un danger public seraient logiques s'ils demandaient au législateur d'interdire avant tout les cabarets, les débits de boisson.

M. Crocq croit, lui aussi, que la plupart des hommes ne sont pas hypnotisables. Pour être hypnotisable, il faut être malade. (*Protestations.*) Mais on peut rendre malade, ceux qui ne le sont pas au moyen de certaines manœuvres. Dès 1849, il vit, une jeune fille prise d'une forte attaque d'hystérie sous la seule influence d'une représentation d'hypnotisme à laquelle elle assistait.

Plus tard à Bruxelles il connut un jeune homme qui, quoiqu'il fut rebelle aux manœuvres hypnotisantes de Hansen, présenta pendant plusieurs semaines qui suivirent cette séance des phénomènes de nervosisme, d'inquiétude et de surexcitation. Il y a en Belgique comme chez les méridionaux des nerveux qui deviendront les victimes du magnétisme. Du reste, on peut faire subir aux sujets rebelles une sorte d'éducation qui amènera enfin de compte l'anéantissement de leur personnalité. On ne contestera pas qu'un malfaiteur pourra violer sans difficulté une femme hypnotisée, et que le plus souvent celle-ci cachera l'outrage qu'elle a subi.

C'est dans les séances publiques que les malfaiteurs s'approprieraient les procédés qu'ils n'auraient connus sans cela.

L'hypnotisme exercera aussi son influence néfaste sur les générations futures. Elle augmentera le nombre des individus qui transmettent à leurs descendants les stigmates du nervosisme et indirectement elle développera l'alcoolisme.

M. Lefebvre partage les idées de M. Crocq. Il croit toutefois que l'hypnotisme est un précieux instrument de progrès pour la physiologie, la thérapeutique et la psychologie. La discussion est assez importante pour ne pas être écourtée; il demande qu'elle se poursuive.

Un long échange d'observations a lieu entre divers membres, les uns désirant le vote immédiat, les autres demandant qu'on épuise d'abord la discussion.

Enfin l'Académie décide que la discussion continuera dans la prochaine séance.

Séance du 28 avril.

M. Lefebvre expose les phénomènes fondamentaux qui constituent l'état hypnotique. Il décrit les caractères de l'état somnambulique provoqué, type de l'hypnose, tantôt complet, tantôt imparfait.

C'est sur le somnambule que s'exerce surtout l'action suggestive. Ces suggestions sont sensorielles ou ce sont des suggestions d'actes. L'orateur les décrit en citant des faits pour mieux en faire saisir la portée.

Quelles sont les personnes qu'on peut plonger dans cet état de somnambulisme? En second lieu, quelles sont les personnes susceptibles de suggestion?

M. Lefebvre accepte que la plupart des sujets peuvent subir à des degrés variables l'action hypnotisante. La proportion des somnambules parfaits serait d'environ 16 %.

La suggestibilité n'est pas en rapport avec le degré d'hypnotisme. Sur cent sujets, pris au hasard, et tous somnambules, 15 à 18 seraient facilement suggestibles.

Avec le professeur Beaunis, M. Lefebvre croit qu'il n'existe pas de résistance absolue à l'hypnotisme. Si vous ne voulez pas être hypnotisé quelque jour malgré vous, ne vous laissez jamais hypnotiser volontairement. Vient ensuite l'exposé rapide des procédés par lesquels on peut provoquer l'état hypnotique, procédés anciens et procédés actuels.

Enfin l'orateur envisage à son tour les services qu'on peut en retirer et les dangers qu'il présente.

(*A continuer.*)

Bibliographie

L'ivrognerie, par le Dr P. F. KOVALEVSKY, professeur des maladies mentales et nerveuses à l'Université de Kharkoff (Kharkoff, M. F. Sylberberg, 1889).

Des plaintes se font entendre de tous côtés sur les conséquences funestes de l'ivrognerie pour l'individu, la famille, la société et l'État. Chaque année, dit l'auteur, l'alcoolisme fait de nouveaux progrès en Russie. Nous y ajouterons *où ne fait-il pas de progrès* si l'on excepte l'Amérique, la Suède et la Norvège (*).

Toute ivrognerie ne peut être considérée comme maladie mais toute ivrognerie peut devenir maladie au même titre que n'importe quelle affection nerveuse ; la société ne veut pas comprendre qu'il en est ainsi et ceux qui s'exposent à avancer cette idée subissent l'ironie, les moqueries, même le blâme. Mais ceux qui s'occupent de l'étude de cette question ne doivent pas se laisser effrayer par ces soi-disants anathèmes. Dans notre Bulletin nous comptons nous occuper régulièrement de cette question et tenir les lecteurs au courant de l'heureux mouvement que l'on constate en Amérique et en Angleterre et où l'on voit tous les ans surgir de nouveaux « *Homes for Inebriates*. »

Le célèbre professeur de Kharkoff rappelle dans son travail tout ce qui a été dit et fait sur cette importante question en Amérique et nous y rencontrons presque à chaque page les noms de Kerr, Crothers, Mason, Maine, que nous pourrions appeler les apôtres du mouvement. Kovalevsky y prouve en outre qu'il est au courant de tout ce qui a été publié sur cette question dans ces dernières années.

L'ouvrage est divisé en trois chapitres, la symptomatologie, l'étiologie et le traitement. L'auteur y rencontre toutes les idées qui ont été émises jusqu'ici sur la question et nous pouvons dire que sa petite brochure représente le *multum in parvo*. Dans le chapitre du traitement il s'occupe de la lutte contre l'ivrognerie ; elle ne peut être efficace, dit-il, *qu'à la condition que la société et*

(*) Il y a 50 ans, la consommation de l'alcool, dans ces deux derniers pays, était de 16 litres par habitant ; aujourd'hui elle est descendue jusqu'à 3,5.

les autorités publiques comprennent la portée du danger et reconnaissent la nécessité de prendre en commun les mesures nécessaires contre cet ennemi tout-puissant. Les médecins aliénistes qui chaque jour constatent de nouvelles victimes de l'alcoolisme, répèteront avec l'auteur que ce n'est qu'à cette condition que la lutte est possible et qu'on parviendra à enrayer les effets nuisibles de ces malheureuses boissons qui ont déjà ruiné tant de générations.

Il est réellement regrettable qu'en Europe le mouvement anti-alcoolique soit si peu compris et que les autorités font la sourde oreille devant les innombrables écrits sur l'alcoolisme, devant les effrayantes statistiques des asiles d'aliénés qui toutes constatent les terribles ravages de l'alcool et l'extension des dégénérescences. Aussi ce travail, qui est à la portée de tout homme intelligent, mérite bien d'être connu et propagé. Puissent toutes les autorités publiques se convaincre de la réalité de la triste situation sociale que l'avenir nous réserve et nous ne tarderons pas non seulement à voir introduire partout des sociétés de tempérance telles qu'il en existe déjà en Amérique, en Angleterre, en Suède, en Norwège et en Suisse, mais encore des lois et des asiles pour préserver l'homme contre toute décadence morale.

J. M.

On insanity in relation to cardiac and aortic diseases and phtisis, by Dr JULIUS MICKLE (London, H. Lewis, 1888).

L'auteur, médecin en chef du « Grove Hall asylum, » n'est pas un inconnu pour les lecteurs de notre Bulletin. Dans son dernier travail il expose les relations qui peuvent exister entre les affections cardiaques, les maladies de l'aorte et la phtisie, y comprises la méningite tuberculeuse et l'aliénation mentale. Aussi rencontre-t-on dans le premier chapitre une introduction purement physiologique résumant l'état actuel de nos connaissances sur la circulation cardiaque et l'influence de celle-ci sur la circulation cérébrale. Cette introduction facilite de beaucoup la compréhension des autres parties de son livre, notamment de l'influence de la maladie cardiaque sur l'état mental et le développement de symptômes d'aliénation mentale. L'étude qu'il a faite est basée sur l'observation de 165 cas d'affections cardiaques et aortiques et lui a permis, en raison des nombreuses variétés qu'il a pu observer dans ce genre de maladies, d'établir des rapports entre ces variétés et les différentes formes de maladies mentales. A cette occasion il n'oublie pas de relater la grande part que prend la syphilis dans le développement de ces maladies.

Le chapitre traitant des relations de la phtisie et de la folie est décrit avec les mêmes soins; Mickle le divise en trois parties; dans la première il étudie l'influence de la phtisie sur le développement de la folie; il y rencontre successivement les hallucinations, la mélancolie, la manie, les symptômes du délire de persécution (non systématisé), le délire chronique et la démence qui se présente dans les débilités mentales, la folie morale ou impulsive, etc. Dans la deuxième partie il expose les cas où la folie et la phtisie se sont présentées presque simultanément et dans la troisième les cas de phtisie qui surviennent dans le cours de la folie.

Ce travail est le fruit d'une étude sérieuse basée non seulement sur l'expérience personnelle de l'auteur mais encore sur celui des autres et nombreux travaux qui ont été écrits sur la matière. Nous le considérons comme l'étude la plus complète qui ait été faite jusqu'ici sur cette importante question.

J. M.

Anatomie des centres nerveux, par le prof. LUDWIG EDINGER, traduit de l'allemand par M. SIRAUD (Paris, J. B. Baillière, 1889).

Lorsque en 1886 parut le *Traité élémentaire d'anatomie médicale du système nerveux*, par Ch. Féré, le Dr Edinger en publia un compte-rendu élogieux dans l'*Allg. Zeitschr. für Psychiatrie* en faisant ressortir le côté pratique que l'auteur avait eu essentiellement en vue. Il ignorait en ce moment que son propre travail qui jouit d'une grande vogue en Allemagne aurait reçu les honneurs d'une traduction française. Ch. Féré, dans son œuvre, déclarait que l'anatomie fine y tenait peu de place et que bon nombre de dispositions anatomiques qui n'ont pas encore été mises en rapport avec une fonction ou des troubles pathologiques y ont été négligées.

Nous pourrions dire que le traité du Dr Edinger remplit cette lacune. L'auteur, un des anatomistes du système nerveux les plus distingués de l'Allemagne, expose d'une manière claire et lucide l'état actuel de nos connaissances sur cette matière. Il n'entre dans aucune des nombreuses controverses que présente ce terrain pour se borner aux faits acquis ou au moins pouvant être considérés comme tels.

L'édition française n'est pas une traduction du travail de l'auteur publié en 1884; elle a reçu une série de modifications et améliorations que le Dr Edinger y a introduites de manière que nous pouvons considérer ce travail comme une seconde édition. Nous y rencontrons surtout les derniers résultats des recherches microscopiques illustrées par de nombreuses et belles gravures qui rehaussent

considérablement la valeur d'un travail particulièrement destiné à l'usage des médecins praticiens qui ne disposent pas d'un temps suffisant pour approfondir cette étude. A ceux qui désireraient se familiariser davantage avec l'étude des centres nerveux, l'auteur recommande les grands travaux de Wernicke, de Flechsig et de Meynert.

Ceux qui voudront se donner la peine de lire cet ouvrage ne manqueront pas d'en apprécier les grands mérites et M. Siraud a rendu à son pays un bien grand service en se chargeant d'une traduction française qui ne mérite que des éloges. J. M.

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie, par BOURNEVILLE, SOLLIER, PILLIET, RAOULT et BRICON (Paris, Lecrosnier et Bahé, 1888).

Les lecteurs de notre bulletin connaissent déjà la majeure partie du contenu de cet ouvrage par les analyses que nous avons données des travaux de Bourneville et Bricon. « *De l'épilepsie procursive* » et de Bourneville et Sollier « *Des anomalies des organes génitaux chez les idiots et les épileptiques* » et « *De l'état de la dentition chez les enfants idiots et arriérés*. » Nous y rencontrons encore la relation de « *Deux cas d'athétose double avec imbécillité* », une étude sur « *La température centrale dans l'épilepsie*, » « *Les malformations congénitales des deux mains et du pied gauche chez un imbécille atteint de polysarcie*, » « *Sur l'épliploon cystico-colique* (variétés du ligament hépato-duodénal). » « *Un cas d'asphyxie par strangulation : abaissement considérable de la température; guérison*. » « *Un cas de folie de l'adolescence. — Instabilité mentale. — Idées vagues de persécution. — Succube*. »

Tous ces travaux faits avec la collaboration de Bourneville ou sous son inspiration présentent un cachet pratique de la plus grande importance. Pour les asiles qui possèdent des quartiers d'enfants ces travaux sont pour ainsi dire indispensables. De plus nous y rencontrons un rapport sur le quartier des enfants de Bicêtre pendant l'année 1887. A son tour ce rapport est très instructif; il ne se borne pas à un simple mouvement de la population ou à un travail statistique; il trace les modifications qui y ont été introduites tant au point de l'instruction que de l'enseignement professionnel. Actuellement l'hospice de Bicêtre dispose d'un pavillon d'isolement. Le remarquable rapport se termine par une étude sur l'assistance des enfants idiots et épileptiques en France.

Les travaux annuels que nous devons à l'incessante activité du Dr Bourneville et de son personnel médical de Bicêtre offrent un

intérêt capital qu'on ne peut méconnaître. Nous n'en connaissons pas de plus importants malgré l'activité de beaucoup de chefs d'asiles pour idiots et arriérés que nous rencontrons dans beaucoup de pays.

J. M.

LA FOLIE. — *Causeries sur les troubles de l'esprit*, par le D^r CHATELAIN, ancien médecin en chef de la Maison de santé de Préfargier (Paris, Fribacher, 1889).

Réussirai-je à intéresser le lecteur? Un auteur croit toujours avoir réussi..., le lecteur seul est juge. C'est ainsi que le D^r Chatelain termine la préface de son ouvrage.

Nous nous hâtons de reconnaître que l'auteur a le rare mérite d'avoir fait un travail populaire, et nous croyons que son livre est le seul, au moins pour la France, qui puisse être recommandé à ceux qui désirent s'initier à l'étude des maladies mentales. Le D^r Chatelain a réussi complètement à faire un livre qu'on peut lire d'un bout à l'autre sans s'exposer à une fatigue particulière. Il a le talent de présenter les questions apparemment les plus ardues sous une forme attrayante en y intercalant de nombreux exemples empruntés à l'histoire et à son expérience personnelle.

En terminant la lecture de cet ouvrage par le chapitre relatif au traitement, nous nous sommes dit que son travail rendra probablement un service bien plus grand que celui que l'auteur a espéré et ce jusqu'au moment où la France possèdera un bon Manuel à l'usage des gardiens des asiles d'aliénés. En effet, les gardiens instruits feront bien de faire la connaissance de ce livre et de le conserver comme un vade-mecum dans la difficile mission qu'ils ont à remplir.

J. M.

Dégénérescence et criminalité. — Essai physiologie, par CH. FÉRÉ (Paris, Félix Alcan, 1888).

M. Th. Ribot, dans sa très remarquable leçon d'ouverture du cours de psychologie expérimentale au Collège de France, faisait observer que, bien que la psychologie ne fût pour les physiologistes qu'un prolongement de leurs recherches, elle n'en exerçait pas moins sur plusieurs d'entre eux une séduction louable. C'est à cette tendance que nous devons l'ouvrage du médecin de Bicêtre, et, nous ne nous en plaignons pas, car outre qu'il contient une critique judicieuse des idées défendues par l'École italienne d'anthropologie criminelle, ce livre est également plein de vues hardies originales et suggestives, qu'un style aisé ne contribue pas pour peu à faire agréer.

Les notions anatomiques sont insuffisantes pour caractériser le *type criminel*, mais la physiologie permet d'établir théoriquement certaines des relations qui existent entre la maladie et le crime : la criminalité est une forme de dégénérescence et c'est comme telle qu'on la doit considérer pour la prévenir ou la traiter. Ainsi résumons-nous la thèse que défend M. Féré.

L'étude à l'aide d'appareils enregistreurs des modifications physiologiques qui se produisent sous l'influence des états émotionnels, modifications caractérisées par l'augmentation ou la diminution d'intensité des phénomènes vitaux, selon la nature ou la force de l'émotion, sert d'introduction à l'ouvrage dont le chapitre I^{er} est consacré à l'origine et à l'évolution du *Droit de punir*. — Une société dont l'objet principal est la protection des associés doit, pour remplir son but, empêcher, et sinon, réparer les dommages causés à l'un de ceux-ci. La peine est tout d'abord appropriée à l'une et l'autre fonction, puis appliquée qu'elle est par le pouvoir religieux ou légal, elle dévie de cet objectif pour ne plus servir qu'à sanctionner la morale artificielle édifiée par ce pouvoir dans son intérêt propre, au mépris de l'intérêt de tous; elle devient par suite, fréquemment injuste ou excessive au point d'attirer la sollicitude publique sur ses victimes. On en arrive alors à chercher à en exonérer certains criminels. Les folies à grand appareil bénéficient à l'origine de ces immunités qu'ultérieurement, grâce à Pinel, Trélat, Legrand du Saulle, on étend aux folies avec conscience.

De là en vient-on à rechercher si tous les criminels ne sont pas des aliénés, ou mieux si le crime n'est pas en somme une maladie. Or, entre le crime et la folie il est difficile de marquer une limite, car il existe entre eux ce lien indissoluble de la communauté originelle. La criminalité est à ce point associée aux dégénérescences physique et psychique qu'on la peut affirmer n'être qu'un de ses modes se distinguant seulement par la plus grande fréquence de son hérédité directe.

Cependant, on ne peut en inférer, comme M. Lombroso tente de le démontrer, qu'il existe un type d'homme criminel dont le critérium anthropologique repose sur un ensemble de caractères biologiques ou anatomiques.

L'anomalie morale du criminel que cherche à établir M. Garofalo ne s'appuie non plus sur aucun document de valeur indiscutable. Aussi, est-il seulement permis d'affirmer que le malfaiteur n'est caractérisé que par son méfait.

Il y aurait donc, d'après M. Féré, non pas identité mais parenté étroite entre le crime et la folie. L'auteur trouve une explication suffisante de ce lien dans l'origine commune de ces dégénérescences,

ce qui lui est prétexte à un intéressant chapitre de *sociologie pathologique*. Les modifications cosmiques sont lentes, mais elles déterminent néanmoins des modifications organiques rapides, d'où nécessité pour l'homme de s'adapter à de nouvelles conditions d'existence en un délai relativement court; beaucoup s'épuisent dans la lutte qu'ils soutiennent contre les éléments en vue de cette adaptation, et devenus par suite incapables d'efforts soutenus, sont amenés à s'entretenir aux dépens des affaires d'autrui.

Suit-il de cette apparente fatalité que l'épuisé, dégénéré, puis criminel soit responsable lorsqu'il est reconnu coupable? Pour la solution de cette question, M. Féré se récuse, à juste titre, à mon avis, se basant sur des raisons qui rendent pour le moins hypothétique l'existence du libre arbitre dont on fait dépendre universellement la responsabilité.

Il lui suffit de définir ce qu'est le criminel au point de vue physiologique et de rechercher les meilleurs moyens pour prévenir et traiter la criminalité.

Le dégénéré improducteur ou destructeur est un *nuisible* contre lequel la société a le devoir de protéger ses membres. Et, comme, ainsi que l'on a vu, les dégénérés sont les fruits, ou mieux les résidus de l'évolution sociale, à la société incombe également le soin de réparer intégralement les conséquences matérielles des actes de ces nuisibles.

L'application de ces principes réaliserait, pense M. Féré, un moyen préventif des plus efficaces, comme aussi la diffusion des notions relatives à l'hérédité, et le perfectionnement physique et psychique des dégénérés. Pour ce qui est des mesures à prendre vis-à-vis des nuisibles, la société doit tenir le criminel en tutelle jusqu'à ce qu'il ait réparé son dommage, et sinon se borner à le mettre dans l'impossibilité de nuire en dépensant pour lui le strict nécessaire. En tous cas, le principe de l'égalité devant la loi doit être absolu en matière de criminalité, et rien n'autorise à décréter une immunité en faveur d'une catégorie quelconque de dégénérés.

Sans doute, l'exposé de ces données sollicite la discussion, et cette dernière notion en particulier semblera hardie, car elle bouleverse les idées courantes. Mais sentiment n'est pas raison, et nous acceptons volontiers avec l'auteur la conséquence logique des conceptions qui précèdent.

Quant au traitement de la criminalité, le seul moyen curatif auquel l'expérience semble favorable est l'*assistance* sous la forme du *patronage familial*, auquel l'auteur consacre un exposé bien fait. Quelques pages sur l'emprisonnement cellulaire terminent ce livre dont je n'ai donné qu'une donnée bien imparfaite, mais suffisante, je pense, pour engager à le lire.

PAUL BLOCQ.

LE PATRONAGE FAMILIAL DES ALIÉNÉS.

*Lettre du D^r Bajénoff à M. le D^r Peeters, inspecteur de la
colonie de Gheel.*

Riazanne (Russie), 3/15 août 1888.

MONSIEUR ET CHER CONFRÈRE,

Je viens de lire dans le Bulletin de votre Société de Médecine mentale que vous vous êtes adressé au prof. Mierzejewski pour avoir des renseignements sur l'application du patronage familial en Russie. Les renseignements qui vous ont été fournis se bornaient à vous dire qu'on en est encore aux premiers essais. C'est parfaitement exact et je prends aujourd'hui la plume pour vous donner quelques renseignements complémentaires.

Il y a vingt-cinq ans, si l'on excepte les deux capitales (St. Petersburg et Moscou), on n'avait encore rien fait pour les aliénés dans les provinces russes. Je ne puis pas compter comme asiles les annexes aux hôpitaux des chefs-lieux des provinces qui n'étaient composés que d'un petit bâtiment grillé et absolument dépourvu de toute espèce d'installation nécessaire au traitement des maladies mentales. De temps en temps un médecin de l'hôpital de la ville venait y jeter un coup-d'œil et c'était tout. Le nombre des aliénés enfermés dans ces annexes n'excédait pas le chiffre de 20 à 30. Il est bon de noter que la population d'une province russe oscille généralement entre un à deux millions d'habitants.

J'avais donc raison de dire qu'à cette époque l'assistance des aliénés en Russie était nulle. Vers 1860, le ministère de l'Intérieur décida la création de cinq grands asiles départementaux dont chacun devait suffire aux besoins de 5-10 provinces; on n'en construisit qu'un seul. C'est de cette époque que date la grande réforme de l'administration dans le sens de la décentralisation (réforme connue chez nous sous le nom d'« institution des Zemstvos »); le conseil municipal de chaque province était appelé à gérer autonomiquement les intérêts et affaires de la province. Cette réforme fut la cause du retard apporté à la réorganisation de l'assistance publique des aliénés, les conseils municipaux des provinces (les

Zemstvos) se trouvant surchargés de besogne et ayant à pourvoir à un tas de besoins urgents : organisation de l'enseignement primaire, des voies et communications, de la justice de paix etc. etc.). Enfin, en 1878, un décret du Sénat donna une impulsion énergique à l'activité des Zemstvos en demandant catégoriquement l'admission de tous les aliénés dont les familles réclamaient la collocation dans un asile et en promettant aux Zemstvos qui voudraient améliorer leurs asiles ou en construire de nouveaux une subvention de 50 % dans les frais de construction. Ce fut un branle-bas général. La plupart des Zemstvos se mettaient à la réorganisation de l'assistance des aliénés dans leurs provinces, chacun à sa manière; d'autres sont sur le point de le faire et un aliéniste, faisant son tour de Russie, trouverait aujourd'hui des asiles en tous genres en commençant par les cabanons du moyen-âge et en finissant par des établissements répondant à toutes les exigences de la science moderne.

Il y a trois ans, je fus appelé au poste de directeur-médecin en chef ayant dans mes attributions la direction de l'ancien asile, très inférieur sous tous les rapports, et la surveillance de la construction du nouvel asile qui vient d'ouvrir ses portes. Ce dernier, également sous ma direction, est un établissement qui, je l'espère, peut être comparé aux meilleurs établissements de ce genre en Europe occidentale. Il possède des terrains pour les travaux agricoles, une ferme, des ateliers, etc. Son installation comprend le chauffage à la vapeur, l'éclairage électrique, des salles d'hydrothérapie, d'électrothérapie, etc.; son régime repose sur les systèmes du « *no-restraint* » et de l'« *open-door*. » Il ne peut héberger que 200 malades; je reste à la tête des deux asiles, l'ancien ne pouvant être fermé, le nombre des malades y étant supérieur à 400. Et la population de mes deux asiles augmente de mois en mois!

Il ne peut pas être question de la construction d'un nouvel asile; le budget de la province étant complètement épuisé... — Que faire alors? — Dans ma patrie la solution du problème est bien autrement difficile que chez nos voisins de l'Occident : d'une part les efforts faits par les Zemstvos pour la construction de nouveaux asiles ont ébranlé tellement leurs finances que d'ici longtemps ils seront dans l'impossibilité d'intervenir; d'autre part, même dans les provinces qui ont le plus fait pour l'assistance des aliénés — nous nous trouvons devant une insuffisance de ressources; que peut-on attendre alors d'un asile pour 200 à 400 aliénés dans une province qui compte deux millions d'habitants?

Ayant vu Gheel et étudié le patronage familial en Écosse, je proposai au premier Congrès des aliénistes russes et ultérieurement

au Zemstvo de ma province d'introduire en Russie le système du patronage familial. C'était, à mon avis, la seule solution possible en raison des conditions spéciales de la vie russe; je préconisais particulièrement le patronage familial *dans les environs de l'asile*, c'est-à-dire dans les villages voisins sous la surveillance et le contrôle des médecins de l'asile; la colonie n'aurait été qu'une dépendance de l'asile. J'ai essayé de mettre cette idée en exécution et c'est de cette tentative que vous a écrit M. le prof. Mierzejewsky. Les succès que j'obtins dans mes démarches personnelles me suggérèrent l'idée de la sanction de ce système et l'autorisation de l'introduire définitivement.

Malheureusement, cette autorisation me fut refusée, il est vrai à la majorité d'une voix! Cette résolution me fut très pénible d'autant plus que par le même vote, et sans aucune raison plausible, on supprima la petite colonie que j'avais déjà organisée. L'idée d'un patronage familial parut à ces messieurs tellement extraordinaire que, malgré mon rapport très détaillé et très nourri d'arguments, ils rejetèrent ma proposition. Pourtant, je ne me tiens pas pour battu et je reviendrai à la charge cet hiver à la prochaine session de notre Zemstvo. C'est ce motif qui me fait prendre la liberté de recourir à vous et de vous prier au risque d'abuser de votre amabilité, de bien vouloir me donner par écrit votre appréciation sur le système du patronage familial en général, et du système que j'ai proposé au Zemstvo de Riazanne, en particulier. J'adresse la même prière à nos savants collègues, Mitchell, Magnan, Laehr et autres, et j'espère, en annexant leurs réponses au rapport que je présenterai sur la question du patronage familial à la prochaine session de Zemstvo, trouver des arguments suffisamment puissants pour vaincre l'opposition qui m'a été faite à la dernière session.

Excusez-moi, cher Confrère, d'abuser de votre temps et de votre amabilité, mais je sais que le système du patronage familial vous est aussi cher qu'à moi et, si je me permets de recourir à votre parole autorisée — je vous fournis en revanche l'occasion de faire triompher l'idée et l'œuvre, auxquelles vous consacrez votre temps et vos forces, dans un pays qui pour être éloigné du vôtre n'en est pas moins en parfaite communauté d'idées scientifiques avec lui.

.....
 Veuillez agréer, Monsieur et cher Collègue, mes remerciements anticipés et l'assurance de ma parfaite estime et haute considération.

D^r N. BAJÉNOFF,

Directeur-Médecin en chef de l'asile de Riazanne (Russie).

Variétés.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Prix à décerner. — Prix proposés pour 1890.

PRIX AUBANEL. — 2,400 francs. — Question : « Des difficultés du diagnostic différentiel de la paralysie générale avec les diverses formes de la folie. »

PRIX BELHOMME. — 1,000 francs. — Question : « De l'état mental et du délire chez les idiots et les imbéciles. »

PRIX ESQUIROL. — Ce prix de la valeur de 200 francs, plus les œuvres Esquirol, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

PRIX MOREAU (DE TOURS). — Ce prix, de la valeur de 200 francs, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues en 1888 ou 1889 dans les facultés de médecine de France, sur un sujet de pathologie mentale et nerveuse.

Nota. — Les mémoires manuscrits ou imprimés, ainsi que les thèses, devront être déposés le 31 décembre 1889, chez M. le Dr Ant. Ritti, médecin de la maison nationale de Charenton, secrétaire général de la Société. Les mémoires manuscrits seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresses des auteurs.

M. Vandenabeele, médecin en chef de l'Hospice St-Julien, à Bruges, a été promu au grade d'officier de l'ordre de Léopold.

M. J. De Windt, médecin honoraire de l'asile d'aliénés d'Alost, a été nommé chevalier de l'ordre de Léopold.

Le Dr Pelman, médecin en chef de l'asile de Gräfenberg, est nommé directeur de l'asile provincial d'aliénés de Bonn et professeur de psychiatrie à l'Université de la même ville.

Le Dr Rabow est nommé professeur de psychiatrie à l'Université de Lausanne.

Le Dr Ferrier est nommé professeur de neuropathologie à l'Université de Londres.

Le Dr Weir Mitchel est nommé professeur des maladies mentales à l'Université de Philadelphie.

L'hypnotisme à l'Académie royale de médecine de Belgique.

Après une très longue discussion qui a occupé la majeure partie des séances de l'Académie royale de médecine de Belgique pendant l'année 1888, ce corps savant a accepté à l'unanimité de ses membres, moins 2 voix, la proposition de M. Rommelaere conçue comme suit :

L'Académie royale de médecine de Belgique, considérant les inconvénients et les dangers de la pratique vulgarisée de l'hypnotisme,

Estime qu'il y a lieu de solliciter de la Législature des dispositions tendant à

- 1° Interdire les représentations publiques d'hypnotisme ;
- 2° Prévenir et réprimer les abus qui peuvent résulter de la pratique de l'hypnotisme.

NÉCROLOGIE

Werner Nasse.

La Société de Médecine mentale de Belgique vient de perdre un de ces membres honoraires qui fut une des gloires de la psychiatrie moderne. Le Dr W. Nasse est décédé le 19 janvier dernier, à l'âge de 67 ans. Il était professeur à l'Université de Bonn et médecin-directeur de l'Asile provincial d'aliénés de la même ville. L'*Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, dont il était un des rédacteurs, perd en lui un de ses plus actifs collaborateurs.

BULLETIN

DE LA

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MENTALE

DE BELGIQUE.

N° 53. — Juin 1889.

Société de Médecine mentale de Belgique.

Procès-verbal

de la séance ordinaire tenue au Palais de l'Université à
Bruxelles, le samedi 27 avril 1889

Sous la présidence du Dr DE CRAENE. — Dr JUL. MOREL, Secrétaire

La séance est ouverte à deux heures et quart en présence de MM. Cuyllits, De Craene, De Rode, Desguin, D'Heygere, Houzé, Lefebvre, F. Lentz, H. Lentz, Morel et Motte.

MM. Boddaert, Delannay, Peeters, Semal et Vermeulen s'excusent de ne pouvoir assister à la séance.

Le procès-verbal de la séance du 26 janvier est adopté.

Avant d'aborder l'ordre du jour, M. le Président croit être l'interprète des sentiments de la Société en présentant ses félicitations à MM. Van den Abeele et De Windt à l'occasion de leur promotion dans l'ordre de Léopold. (*Applaudissements.*) — Il prie le Secrétaire d'en transmettre l'expression à ces distingués confrères.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

1° Des lettres du Dr Ellinger et de M. Clark Bell, respectivement Secrétaire et Président du Bureau du Congrès de

Jurisprudence médicale qui aura lieu à New-York du 4 au 7 juin, invitant la Société à bien vouloir désigner des délégués pour assister à ce Congrès.

2° Des lettres de remerciements de la part de MM. Chapin, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Philadelphie, et Van Krunkelsven, médecin de l'asile d'aliénés de Diest, à l'occasion de leur nomination comme membres de la Société.

TRAVAUX IMPRIMÉS.

La Société a reçu les travaux suivants :

1° De M. le ministre de l'intérieur et de l'instruction publique ; *Recueil des Conférences sur les denrées alimentaires, leurs altérations et leurs falsifications*, données au grand Concours international de Bruxelles en 1888.

2° De M. le professeur Boddaert : *Discours prononcé dans la discussion sur l'hypnotisme à l'Académie royale de Médecine de Belgique*. — Un résumé de ce discours figurera dans le prochain Bulletin.

3° De M. le Dr Houzé : *De l'indice nasal des Flamands et des Wallons*. — M. Cuylits est prié de résumer ce travail pour le prochain Bulletin.

4° De M. Clark Bell : A) *The medical Jurisprudence of Inebriety*, recueil de mémoires lus à la " *Medico-legal Society de New-York*. " — M. De Rode se charge de l'examen de ce travail.

B) *American international Congress of medical Jurisprudence* (circulaire).

C) *Report of the Committee of the medico-legal Society on the best method of execution of criminals by electricity*.

5° De M. le Dr Halbertsma : *Verslag over den toestand van het geneeskundig Gesticht voor Krankzinnigen te Rotterdam, over het jaar 1888*.

TRAVAUX MANUSCRITS.

M. le Dr Peeters a fait parvenir à la Société un travail " *Sur l'action du sulfonal*. "

M. le Dr Lemoine, professeur à la Faculté de Lille, annonce l'envoi d'un manuscrit intitulé : « *De l'épilepsie procursive.* »

Des remerciements sont votés aux auteurs et leurs travaux seront insérés dans le prochain Bulletin.

MEMBRES NOUVEAUX.

MM. Compeeren, médecin de la Maison de santé de Bouchaut, De Boeck, médecin-adjoint de la Maison de santé d'Uccle, Van Audenaere, médecin de la Maison de santé de Tirlemont, ayant obtenu l'unanimité des voix, sont nommés *membres titulaires*.

MM. J. Séglas, médecin-suppléant de la Salpêtrière à Paris, et Pompe, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Rosmalen, en Hollande, sont proclamés *membres honoraires* à l'unanimité des membres présents.

RAPPORTS DE CANDIDATURES.

M. le Dr Cuylyts présente son rapport au sujet des candidatures suivantes :

1° Au titre de *membre associé* :

M. le Dr Finlay, médecin-adjoint à l'asile de Bridgend, en Angleterre, s'est fait connaître dans ces derniers temps par un travail « *Clinical observations on epileptic Insanity,* » dont une analyse a été publiée dans notre dernier Bulletin. Ce travail se caractérise par des recherches personnelles qui très probablement seront suivies d'autres sur le même sujet.

M. le Dr Batty Tuke est connu de tous les lecteurs du *Journal of mental Science*, où il s'est fait connaître par de nombreux travaux : *Sur l'aphasie, la circulation du sang dans le cerveau, le système familial des aliénés, la folie puerpérale, la folie syphilitique, l'anatomie pathologique du cerveau* et beaucoup d'autres encore.

Le Dr Lemoine, professeur de la Faculté de Lille, peut compter aujourd'hui parmi les médecins aliénistes les plus actifs de la France. Dernièrement encore il s'est fait connaître

par plusieurs travaux importants : *Des contractures chez les épileptiques, la pathogénie de l'épilepsie, de l'action de l'antipyrine dans l'épilepsie, de l'hyoscyamine comme hypnotique*, etc. C'est encore sous sa direction que se fit le travail du Dr Masson : *Des troubles moteurs post-épileptiques*, dont on peut lire l'analyse dans notre dernier Bulletin. — Aujourd'hui il devient un collaborateur à nos travaux.

M. le Dr Salgó, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Lipometzo (Budapest) est également l'auteur de nombreux travaux relatifs à la médecine mentale. Il nous suffira de mentionner son « *Compendium der Psychiatrie* » aujourd'hui à sa 2^e édition et très goûté en Allemagne.

M. le Dr A. Cullerre, médecin-directeur de l'asile de La Roche-sur-Yon, en France, n'est pas un inconnu pour nous ; nous rencontrons à chaque instant son nom dans les « *Annales médico-psychologiques* » où il s'est fait connaître par ses travaux « *Sur la paralysie générale, la lypémanie stupide, l'alcoolisme et le délire des persécutions, les dégénérescences psycho-cérébrales dans les milieux ruraux*, » etc. Son travail sur « *le Magnétisme et l'hypnotisme* » est mentionné par tous les auteurs qui ont écrit sur cette question dans ces derniers temps.

M. le Dr Kornfeld, de Grottkau, en Silésie, est le traducteur de la belle œuvre du Dr Hack Tuke « *Mind and Body* » qui attire beaucoup en ce moment l'attention des médecins aliénistes en Allemagne. Le Dr Kornfeld dirige un asile et s'occupe spécialement de la médecine légale des aliénés.

M. le Dr Enock Mather, de Rotterdam, médecin d'un asile privé pour aliénés, s'occupe en ce moment d'un travail sur la médecine mentale qu'il compte présenter à la Société. Il sollicite à cet effet le titre de membre associé.

Ces honorés collègues présentent en conséquence des titres suffisants pour pouvoir être associés à nos travaux.

2^o Au titre de *membre honoraire* :

Les trois confrères pour lesquels nous sollicitons ce titre sont trop connus de nous tous pour devoir nous étendre sur,

les titres qu'ils possèdent. Nous nous bornerons à dire que M. le Dr H. Schüle, médecin en chef de l'asile d'Illenau (Grand-Duché de Bade), est l'auteur de ce traité de psychiatrie dont M. le Dr Dagonet vient de publier une excellente traduction française.

M. le Dr Luys est un des directeurs du Journal si bien connu « *L'Encéphale*, » qui renferme la plupart de ses travaux; il est l'auteur d'un Traité de médecine mentale et d'un Traité sur l'Anatomie du cerveau qui figure dans la plupart de nos bibliothèques.

M. le Dr Ritti est Secrétaire général de la Société médico-psychologique de Paris, médecin principal à Charenton, et auteur d'une masse de travaux dont la plupart figurent dans les Annales médico-psychologiques.

Conformément au Règlement, ces candidatures seront soumises au vote dans la prochaine séance.

RAPPORTS ET ANALYSES D'OUVRAGES.

M. le Dr V. Desguin a fait parvenir à la Société une analyse de l'ouvrage du Dr Pelman « *Nervosität und Erziehung*. » — Cette analyse sera insérée dans le prochain Bulletin.

M. H. Lentz, inspecteur des asiles d'aliénés du Royaume, donne lecture de l'analyse du travail de M. Clark Bell « *Suicide and legislation*. » — Cette analyse figurera également dans le prochain Bulletin.

M. Morel fait connaître qu'il n'a pas analysé le travail de M. Semal : « *De l'assistance des épileptiques*. » En promettant à la Société de s'occuper de ce travail il crût que notre honorable collègue de Mons était partisan de l'hospitalisation particulière pour les épileptiques et espérait de pouvoir refuter cette opinion. La lecture du travail l'a convaincu du contraire et, avec la plupart des médecins aliénistes, M. Semal propose pour ainsi dire le maintien du statu quo à l'égard de ces malades; il maintiendrait dans les asiles les épileptiques à impulsions dangereuses et préférerait le placement dans nos colonies des épileptiques sans impulsions dangereuses et

susceptibles d'une certaine occupation. Il voudrait voir placer dans des hospices ordinaires les épileptiques *incurables* et inoffensifs qui seraient incapables de pourvoir à leur subsistance, il faciliterait l'accès des hôpitaux à ceux qui sont susceptibles d'un traitement et à ceux pour lesquels il conviendrait d'adopter un mode de placement ultérieur. Enfin M. Semal laisserait dans les familles un certain nombre d'épileptiques inoffensifs, sous réserve d'une intervention de la bienfaisance publique en cas de besoin.

Cette question donne lieu à une discussion à laquelle MM. De Craene, Lentz, Cuylits et Morel prennent part. Il en résulte que la Société désire s'occuper ultérieurement de la question des épileptiques non aliénés; elle sera mise à l'ordre du jour de la prochaine séance.

NOMINATION DE DÉLÉGUÉS

Au Congrès international de jurisprudence médicale qui se tiendra à New-York du 4 au 7 juin 1889.

La Société délègue M. Morel pour la représenter au Congrès, mais sur sa déclaration qu'il lui était impossible de s'absenter vers cette époque, elle décide d'écrire une lettre de remerciements à la Commission du Congrès.

DISCUSSION

Sur le « Formulaire à dresser pour l'examen des aliénés. »

M. Cuylits, tout en déclarant qu'il n'est pas partisan d'une trop grande extension à donner à ce formulaire, estime néanmoins que la multiplication des documents peut offrir une grande utilité. Il rappelle à cet effet qu'il n'y a pas bien longtemps un individu, dont il a été impossible de constater l'identité, rôdait dans les rues de Bruxelles. On ignorait d'où il venait et, atteint d'aliénation mentale, il se renfermait dans un mutisme complet. Colloqué à l'asile d'Evere, M. Cuylits fit prendre sa photographie et dressa un tableau mentionnant les caractères physiques de l'individu

et les principales mesures anthropométriques. Dans les prisons de Paris on emploie un tableau analogue qui a donné des résultats remarquables et permet aisément de reconnaître un individu. Il propose de l'adopter et de l'améliorer en y ajoutant certains renseignements anthropologiques consignés dans celui qu'il a fait faire pour l'asile d'Evere. Ce système est peu coûteux, la photographie ne coûtant pas plus que 20 à 30 centimes par exemplaire attendu qu'elle pourrait être aisément prise par un employé attaché à l'asile. La feuille recommandée par M. Cuyllits compléterait le dossier des aliénés.

M. Cuyllits voudrait encore que nos registres cliniques fussent modifiés de telle sorte que chaque aliéné ait deux feuillets, un feuillet clinique et un autre comprenant les mesures anthropométriques. Il n'est pas partisan des observations mensuelles qu'il croit sans valeur et exprime le désir de voir disparaître certaines questions inutiles qui pourraient être remplacées par d'autres beaucoup plus importantes. Il reconnaît que le tableau proposé par la commission simplifierait les écritures.

M. Lentz objecte à M. Cuyllits que la modification apportée au formulaire n'entraînerait jamais la suppression des observations à faire pendant les cinq premiers jours de la collocation. La loi le veut.

M. Houzé voudrait voir compléter le questionnaire par l'état civil de l'individu, lieu et date de sa naissance, l'état civil des parents, leur profession, leur degré d'instruction. Ces renseignements ont leur importance. Quant à l'étude du système nerveux, M. Houzé désirerait préciser quelques questions; il cite par exemple le mot « aphasie » qui est une expression vague; les progrès réalisés par l'étude des localisations cérébrales ne peuvent se contenter de cette simple constatation. Il faut qu'on sache s'il y a aphasie d'articulation, agraphie, surdité verbale ou cécité verbale (alexie). Contrairement à l'opinion émise par M. Cuyllits dans la dernière séance, il prétend que les mensurations doivent être faites sur tous les

aliénés indistinctement. Ce n'est qu'à cette condition qu'on parviendra à savoir par les moyennes si les aliénés présentent plus fréquemment certains caractères que les individus réputés normaux.

M. Cuyllits ne voit aucun avantage à prendre les mesures d'un crâne normal chez un aliéné; M. Houzé, par contre, y attache une importance très grande et soutient que les mensurations complètes empêcheraient les erreurs et les conclusions hâtives qui résultent d'un examen insuffisant et de séries peu nombreuses.

MM. Lentz et Morel font observer que le formulaire n'est qu'un jalon, que dans la dernière séance on a fait observer que le médecin était libre d'étendre ses investigations mais que dans un registre on ne dispose que d'une place limitée.

M. De Craene appelle l'attention des membres sur les lacunes que présentent les certificats médicaux et les bulletins confidentiels. Il arrive trop souvent que les médecins d'asiles manquent des renseignements les plus importants pour traiter convenablement leurs malades.

M. Houzé. — Dans la séance précédente à laquelle je regrette de n'avoir pu assister, M. Cuyllits a dit, à propos des instruments céphalométriques, que pour qu'un instrument nouveau s'impose, il faut qu'il présente des avantages incontestables, avantages qu'il refuse au compas-glissière à branches curvilignes que je vous ai proposé. M. Cuyllits prétend que mon compas se fausse par le fonctionnement; il le préfère au compas d'épaisseur de Broca, mais adopte cependant le simple compas d'épaisseur des ateliers. Pour les mesures craniométriques et céphalométriques, ce compas est condamné depuis longtemps par les anthropologistes et voici les inconvénients qu'il présente : les extrémités des branches n'étant pas mousses ne peuvent être appliquées sans une gêne douloureuse; par exemple, s'il s'agit de prendre le diamètre antéro-postérieur maximum, il faut qu'une des branches soit appliquée sur le point de repère antérieur, sur le point le plus saillant de la glabelle; pendant que la main gauche fixe la

branche glabellaire, la main droite promène l'autre branche en arrière pour arriver au point occipital maximum. On ne peut arriver à déprimer la peau qu'avec des extrémités olivaires; mais ce n'est pas le seul inconvénient, il faut reporter le compas sur une tige métrique ce qui entraîne à une perte de temps. Les mesures prises avec ce compas, tel qu'il est, sont trop grandes car les pointes ne permettent que le simple effleurement de la peau.

Quant au compas-glissière soit à branches droites soit à branches curvilignes, il présente les avantages suivants : les branches se meuvent à frottement dur sur la tige métrique même ; l'application est facile, ne détermine aucune gêne, ce qui est à considérer surtout quand il s'agit de mesurer des aliénés souvent indociles. Quand au reproche de se fausser facilement que M. Cuy lits adresse à ce compas, c'est un reproche absolument immérité car de tous les compas, c'est le compas-glissière qui se fausse le moins.

Que mon confrère M. Cuy lits me permette du reste de lui demander comment il a pu se faire aussi rapidement une opinion puisqu'il n'a pas employé le compas auquel il trouve tant d'inconvénients. J'ai un compas qui me sert depuis neuf ans, avec lequel j'ai pratiqué des milliers de mensurations et qui est encore parfaitement exact. M. Cuy lits dit qu'il ne faut pas une grande habileté pour mesurer et que le maniement du compas d'épaisseur des ateliers est à la portée de tout le monde. Ici encore je suis d'un avis tout à fait différent : qu'on puisse mesurer facilement une longueur donnée ou l'épaisseur de solides réguliers, ce n'est pas discutable mais quand il s'agit de crânes ou de têtes, il faut être médecin, très au courant des points de repère anatomiques, être muni d'un bon instrument et avoir acquis par l'expérience une grande habileté ; il est impossible de comparer des mesures de cylindres prises dans un atelier par un ouvrier quelconque avec les mensurations crâniennes relevées dans un laboratoire par un anthropologiste.

Je termine en disant qu'il est fâcheux que des divergences aussi grandes se produisent déjà à propos des instruments.

Si nous voulons que les recherches que nous avons décidées, soient comparables, il faut que tous les médecins d'asiles soient munis d'un instrument identique fait par un fabricant unique.

M. CUYLITS. — J'ai dit précédemment que le compas-glissière de M. Houzé n'échappait pas absolument à un reproche grave en crâniométrie; cet instrument peut se fausser. M. Houzé est sensible à cette accusation qui s'adresse à son instrument. Il sait en effet mieux que personne que la première préoccupation de l'anthropologiste doit être d'employer un instrument qui donne des mesures absolument exactes. Et son compas, en tombant, en subissant un choc, par la simple usure ne peut-il pas lui aussi se fausser! Je reconnais cependant bien volontiers que son compas échappe à ce défaut bien plus que celui de Broca et qu'il lui est supérieur.

Mais il est un instrument qui lui ne se fausse jamais ou pour dire plus exactement a beau se fausser sans altérer les mensurations, c'est l'instrument que je propose, ce compas des mécaniciens, parce qu'on reporte toujours la mesure prise sur une échelle métrique. C'est ainsi que ce danger de fausser les mensurations, danger si redouté, est absolument écarté. Mais les pointes qui terminent les branches de ce compas peuvent blesser, réplique M. Houzé. Je répondrai: « Émoussez les pointes, ou mettez-y des olives. Je n'y répugne pas. Mon instrument n'est pas parfait. »

Quant à la perte de temps que prendrait cette double opération de reporter chaque fois la mesure prise sur une échelle métrique, elle existe, je n'en disconviens pas. Mais combien minime! et comme elle deviendra imperceptible pour qui s'exerce un peu! Du reste, la chose en vaut la peine. On peut perdre quelques instants quand il s'agit d'établir des mensurations qui ne valent que par leur exactitude.

M. Houzé devra, du reste, lui aussi convenir qu'il est plus ou moins astreint à perdre un temps précieux avec le compas-glissière. Avant de commencer ses mensurations, à chaque séance il devra vérifier son compas sur le mètre étalon, s'assurer si la graduation est exacte.

De part et d'autre il y aura une perte de temps, moindre, je le veux bien avec le compas-glissière, pas bien grande avec le compas des mécaniciens, mais secondaire et négligeable aux yeux de tous ceux qui ont souci d'avoir des mensurations exactes avec un instrument élémentaire.

Mon compas s'applique-t-il moins bien que le compas-glissière aux aliénés indociles? Je n'en sais rien. Ce qui est certain c'est qu'il ne faudra jamais s'essayer avec quelque instrument que ce soit à faire de la crâniométrie sur la tête d'un maniaque en excitation aiguë, d'un épileptique en fureur ou convulsé.

Je ne veux pas nier qu'il faille du soin, de l'intelligence et de l'attention pour faire de la crâniométrie, qu'il est utile que le médecin prenne lui-même les mesures qu'il désire enregistrer. Il lui faudra se faire la main, se donner une sorte d'adresse et de sûreté que le maniement et l'usage d'un instrument développent. A ce prix les mesures seront exactes et prises avec rapidité.

Mais ces qualités seront toujours indépendantes de l'instrument employé et je n'imagine pas que le compas des mécaniciens soit d'un usage ou d'un maniement bien difficiles.

Vu l'heure avancée, cette discussion sera continuée dans la prochaine séance.

La séance est levée à quatre heures et demie.

<i>Le Secrétaire,</i>	<i>Le Président,</i>
D ^r JUL. MOREL.	D ^r DE CRAENE.

DE
L'ÉPILEPSIE PROCURSIVE

PAR

GEORGES LEMOINE

Professeur agrégé à la Faculté de Lille, Médecin de l'asile de Bailleul

ET

DELBREIL

Interne de l'asile.

INTRODUCTION.

En étudiant l'épilepsie procursive, nous avons pour but de faire une monographie de cette singulière variété d'épilepsie, qui sera basée tout à la fois sur des observations personnelles et sur les documents publiés antérieurement. Nous pensons qu'il y a un grand intérêt à décrire séparément les variétés d'épilepsie dont la clinique nous montre l'existence et à dissocier ainsi cette grande affection en une série de types distincts. Nous partons de cette idée que l'épilepsie n'existe point en tant qu'entité morbide, ayant une pathogénie connue et une évolution régulière; selon nous, elle n'est que l'expression symptomatique d'états morbides les plus divers. Les accès d'épilepsie ne sont comparables entre eux ni dans leurs causes, ni dans leurs symptômes : il y a donc lieu de chercher à les classer et pour cela de créer des cadres ou si l'on veut des formes d'épilepsie dans lesquelles on pourra les ranger plus tard.

C'est en abordant l'étude de cette maladie par ceux de ses côtés qui nous sont le plus accessibles qu'il sera peut-être possible d'arriver un jour à la connaître complètement. Vouloir embrasser à la fois toutes les modalités qu'elle présente est une chose impossible et la meilleure méthode pour arriver à connaître l'*épilepsie essentielle*, si tant est qu'elle existe, est d'étudier d'abord les formes d'épilepsie symptomatique. L'épilepsie procursive est très-vraisemblablement du nombre de ces dernières.

Si l'on pouvait arriver à démontrer qu'une forme déterminée d'accès épileptique correspond à une lésion déterminée aussi ou du moins à une cause toujours la même, un grand pas serait fait qui permettrait de préciser chez chaque malade la variété de l'affection présentée par lui, de porter un pronostic certain et peut-être d'instituer un traitement reposant sur des bases solides. C'est évidemment là un idéal qui sera difficile à atteindre, mais cette difficulté n'est pas une raison suffisante pour empêcher de chercher dans cette direction. On est déjà arrivé à séparer du chaos épileptique, l'épilepsie syphilitique par exemple et aujourd'hui un clinicien exercé peut reconnaître sans peine les accès qui sont dus à cette infection, à poser un pronostic en général favorable, et ce qui est surtout important, à les guérir. On peut en dire autant des accès épileptiques qui sont sous la dépendance de l'urémie, de certaines intoxications et de certaines localisations cérébrales.

Il n'est donc pas téméraire de penser que cette dissociation pourra se compléter progressivement et que de nouveaux types épileptiques viendront se ranger à côté des types déjà connus.

Dans ce travail sur l'épilepsie procursive, nous chercherons si cette forme si spéciale du mal comitial ne se présente pas dans des conditions toutes particulières et si elle ne reconnaît pas une pathogénie qui lui soit propre.

CHAPITRE I.

HISTORIQUE.

On appelle « épilepsie procursive » une forme particulière de l'épilepsie dont les accès au lieu de présenter les phases habituelles sont constitués par une course ou propulsion rapide en ligne directe ou une rotation à grands cercles, d'une durée ne dépassant jamais celle d'un accès épileptique ordinaire, ne s'accompagnant pas le plus souvent de chute et n'étant pas suivi de coma, mais se compliquant d'une congestion très forte de la face.

Telle est la définition que donnent de l'épilepsie procursive Bourneville et Bricon auxquels nous devons un remarquable travail sur cette question.

A notre avis, elle n'est pas exacte en tout point, ainsi que nos observations en feront preuve. Nous n'essayerons cependant pas d'en donner une autre, car il est prématuré d'essayer de définir une affection encore si peu connue et celle que nous proposerions, aurait certainement le même sort quand de nouvelles observations seraient venues montrer ses défauts.

Ce qui caractérise avant tout l'épilepsie procursive c'est, comme son nom l'indique, une impulsion à la marche ou à la course ou mieux encore une tendance au mouvement quel qu'il soit. Dans beaucoup de cas, en effet, la propulsion en avant est remplacée par des mouvements de rotation, par des sauts ou des gestes automatiques. L'épilepsie procursive comprend du reste plusieurs variétés qui se distinguent les unes des autres par le moment de l'accès où se produit la procursio. Tantôt la procursio n'est qu'une simple aura précédant un accès complet, tantôt elle constitue à elle seule toute la crise et tantôt enfin elle la suit. Il y a également des accès procursifs incomplets, des vertiges procursifs.

L'épilepsie procursive est rare, peut-être, cependant moins qu'on le croit. Nous en avons observé onze cas sur un total de cent-dix malades, constituant le service des épileptiques de l'asile de Bailleul. Si une telle proportion se maintenait, il y aurait, par conséquent, un cas d'épilepsie procursive sur dix épileptiques. Cette proportion est vraisemblablement trop élevée et si nous l'avons obtenue, c'est certainement parce que dans les asiles et particulièrement dans l'asile de Bailleul, les épileptiques internés diffèrent par certains côtés de ceux qu'on rencontre dans les hôpitaux ou dans la clientèle privée. Ce sont des épileptiques gravement atteints dont la maladie est souvent consécutive à des affections du jeune âge ou à des lésions des centres nerveux et chez lesquels l'affaiblissement intellectuel est survenu de bonne heure. Comme l'épilepsie procursive paraît surtout se rencontrer chez de tels sujets, il n'y a rien d'étonnant à ce que nous ayons pu en trouver un nombre en apparence élevé. Il est infiniment probable qu'on constatera des cas nombreux dans les asiles lorsque l'attention aura été attirée sur elle.

L'histoire de l'épilepsie procursive ne remonte pas loin. En bonne justice, on devrait même la commencer au travail si complet de Bourneville et Bricon; car, avant lui, s'il y eut quelques observations publiées isolément, elles ne donnèrent lieu à aucun travail d'ensemble et passèrent inaperçues au milieu de la masse de faits ayant l'épilepsie pour sujet. C'est à ces auteurs que nous emprunterons la plus grande partie des documents consignés dans ce chapitre.

Chose singulière, c'est avec la chorée que l'épilepsie procursive fut surtout étudiée. Appelée tour à tour « *epilepsia procursiva*, » puis « *chorea procursiva seu festinans*, » « *chorea circum rotatoria*, » « *saltatoria*, » etc., elle ne fut jamais nettement classée à part, avant les travaux contemporains. Il y a certainement des faits d'épilepsie procursive parmi ceux qui sont rapportés par Jaccoud, sous le nom d'« *impulsions systématisées* » et par Roth, sous celui de « *musculature irrésistible*. »

C'est à Thomas Eraste qu'est dûe, d'après Bourneville, la première observation se rapportant réellement à cette forme d'épilepsie. « J'ai guéri, dit-il, l'année passée un adolescent « qui, étant tombé d'une hauteur considérable et s'étant « meurtri la tempe, était sujet depuis cette époque à des « accès d'épilepsie pendant lesquels il tournait rapidement sur « lui-même trois ou quatre fois, puis se précipitait involontairement en avant si on ne l'en empêchait. Avant de « tomber, ce qui arrivait du reste très rarement, il se frottait « rapidement le visage avec les mains. En revenant à lui, il « ne savait rien de ce qui s'était passé. »

Cette observation est caractéristique et renferme les principales lignes du tableau que présente en général l'accès procursif. L'auteur du reste avait classé ce fait parmi les cas d'épilepsie et non dans une forme quelconque de chorée.

Il serait trop long de citer complètement les observations assez curieuses mais peu concluantes que l'on rencontre ça et là dans les écrits des médecins du XVII^e siècle. Elles n'ont qu'un intérêt historique et ne fournissent rien pour l'étude de la maladie. Telles sont celles de Bootius, de Tulpus, de Paullini, etc... D'après Stard, Nicolas Becker aurait publié le cas d'une jeune fille qui, à la suite d'une peur causée par un orage, était forcée durant ses accès, bien que maîtresse de ses sens, de courir le long les murs de sa chambre.

Dans son Traité de l'Épilepsie, Pierre Brescon dit : « Il y a « des auteurs, dont l'un en a vu qui ne tombaient pas, un « autre, qui restait debout, d'autres enfin, qui couraient. »

Le cas de Caillau publié en 1797 paraît se rapporter à de l'épilepsie procursive. Il s'agit d'un homme dont les accès étaient constitués par une impulsion à courir qui durait jusqu'au moment où la rencontre d'un obstacle provoquait une chute.

Hufeland et Lau ont rapporté au commencement de ce siècle deux cas qui se rapprochent de l'épilepsie procursive mais dont la nature reste toutefois douteuse, les malades ayant présenté des phénomènes choréiques.

Itard donne parmi d'autres observations deux cas d'épilepsie procursive et Serres cite à propos des maladies de la protubérance deux hommes qui au moment de l'attaque ressentaient une douleur des plus vives, poussaient des cris et couraient devant eux comme pour éviter un grand danger. Ils tombèrent au bout de cent pas environ. Chez tous les deux, la tendance à se porter en avant avait été spontanée. A l'autopsie, chez tous les deux aussi, on constata que la protubérance avait été détruite dans toute sa profondeur.

Bérard et Rombery ont rapporté également des cas d'épilepsie procursive sur lesquels nous aurons à revenir à cause de l'intérêt qu'ils présentent au point de vue anatomique, l'autopsie des malades ayant pu être faite.

A une époque plus rapprochée de nous, on trouve çà et là des observations intéressantes. Dans ce nombre est celle de Trousseau.

« Il s'agit d'un architecte de Paris, qui, épileptique depuis
« longtemps, ne craint pas de monter sur les échafaudages
« les plus élevés des maisons en construction. Il n'ignore
« point cependant que ses accès se sont déclarés souvent
« alors qu'il marchait ainsi sur des planches étroites, situées
« à une assez grande hauteur. Jamais il ne lui est arrivé
« d'accident. Au moment de sa crise, on le voyait *courir*
« *précipitamment* sur les échafaudages prononçant ou plutôt
« criant son nom d'une voix haute et brève. Un quart de
« minute après, il reprend son travail, se remet à parler
« à ses ouvriers, à leur donner ses ordres; mais si on ne lui
« disait, il n'aurait aucune idée de l'acte singulier auquel
« il vient de se livrer. »

Hammond a vu un malade qui, au moment de sa crise, prenait subitement sa course et se livrait à des actes désordonnés pendant quatre à cinq minutes. Hammond assista à une de ses crises dans son cabinet de consultation; il le vit devenir pâle, le regard fixe, puis courir en tout sens, en agitant les bras et en poussant un cri inarticulé. L'accès dura moins de deux minutes et pendant ce temps la face était pâle

et à la fin les pupilles se dilatèrent. La perte de connaissance avait été complète. Dans une autre observation du même auteur, il s'agit d'une jeune fille qui, à la suite d'une chute sur le crâne et d'une névrose des os de la région contusionnée eut des accès procursifs très purs. Elle se dressait subitement sur les pieds et faisait plusieurs fois le tour des appartements puis retournait à sa place.

Nothnagel fait remarquer dans son article sur l'épilepsie que, quelquefois les convulsions sont remplacées par des mouvements ambulatoires, des courses et en cite un cas.

Delasiauve, dans son *Traité de l'épilepsie* ne parle même pas de l'épilepsie procursive et Gowers se contente de dire « dans quelques cas rares, le début d'un accès est précédé de quelques actions automatiques, comme de courir. Un malade parcourait toujours une petite distance à la course, puis il tombait d'une attaque. » Gowers n'a donc vu que la variété dans laquelle l'accès convulsif est précédé d'une aura procursive.

Axenfeld et Huchard ne sont guère plus explicites. On appelle aura motrice, l'impulsion aveugle au mouvement que présentent quelques épileptiques, au moment où leur accès est sur le point de débiter.

C'est dans le mémoire de MM. Bourneville et Bricon que l'on trouve les documents les plus circonstanciés sur l'épilepsie procursive. Ils distinguent avec raison l'aura procursive de l'épilepsie post-procursive et de l'épilepsie dont l'accès est simplement constitué par la propulsion. Après avoir cité la plupart des observations connues, ils donnent la relation de plusieurs cas qui leur sont personnels et insistent avec raison sur l'anatomie pathologique. Anatomiquement parlant, il semble, disent-ils, d'après les autopsies pratiquées jusqu'à ce jour, que dans cette forme d'épilepsie, les accidents procursifs, certains mouvements de manège, de rotation, sont liés à une lésion cérébelleuse ; celle-ci peut être tantôt primitive, tantôt secondaire, ce qui explique l'apparition précoce ou tardive des phénomènes procursifs.

Ces données sont les seules que l'on possède sur les causes

anatomiques de cette singulière affection. Elles permettent de supposer qu'elle est presque toujours, sinon toujours, associée à une lésion définie du moins comme siège et que l'épilepsie procursive constitue réellement une variété distincte d'épilepsie symptomatique.

Dans un travail en cours de publication, le professeur Mairet, de Montpellier, dans une intéressante observation que nous résumerons plus loin, explique la forme des accès que présentait son malade par la présence d'un noyau de sclérose sur l'hémisphère droit du cervelet. Nous aurons à revenir sur les conclusions présentées par les auteurs que nous venons de citer.

CHAPITRE II.

OBSERVATIONS ET FAITS CLINIQUES.

Le nombre des observations d'épilepsie procursive qui ont été publiées est très restreint. C'est ce qui a permis à Bourneville de dire que cette variété d'épilepsie était rare. L'examen des malades de notre service ainsi que les renseignements que nous avons pu nous procurer dans les asiles nous autorisent à penser différemment. L'épilepsie procursive est fréquente; elle l'est surtout chez les épileptiques idiots, chez ceux dont la maladie convulsive a pris son point de départ dans une malformation congénitale et surtout chez ceux qui ont présenté un arrêt de développement dû à la paralysie infantile ou à une affection quelconque des nombreuses maladies infectieuses de l'enfance. Peu de cas ont été publiés simplement, parce que l'attention n'était pas attirée sur ce genre de maladie et qu'on la considérait comme une forme banale d'épilepsie, ne méritant pas une description à part.

Nous allons donner ici le résumé des faits connus jusqu'à présent, avant de présenter la relation des observations qui nous sont personnelles.

Négligeant volontairement les cas assez curieux mais incomplètement étudiés, qui furent signalés au siècle dernier, nous commencerons cet exposé de faits par les observations du *Journal de Hufeland*.

OBSERVATION I. — HUFELAND ⁽¹⁾. Il s'agit d'un enfant de 13 ans, qui vers l'âge de 10 ans, avait eu des accès spasmodiques de peu de durée; ils apparurent de nouveau trois ans plus tard. Contractions de la face, mouvements involontaires de la mâchoire inférieure, tressaillement dans le bras droit et dans le côté gauche du corps. Le malade ne peut rester une minute en repos. *Souvent il était obligé de courir rapidement d'une place à une autre, sans pouvoir se retenir, d'autres fois de sauter.* Il avait conscience de ses actes et sa mémoire était parfaite. Ces symptômes disparurent au moyen d'un traitement par les sels de zinc.

Cette observation, ainsi que le fait remarquer Bourneville, paraît se rapporter plutôt à de la chorée qu'à de l'épilepsie. On peut en dire autant de l'observation suivante.

OBSERVATION II. — LAU ⁽²⁾. Il s'agit d'un enfant de 15 ans présentant des spasmes dans les membres, des mouvements de la langue, une difficulté à saisir les objets, ne pouvant rester en repos quand il était debout. Dans cet état, le globe gauche de l'œil roulait dans l'orbite, agité d'un mouvement convulsif; la tête se penchait du côté gauche; *le malade courait du haut en bas de l'escalier et remontait à pas précipités*, ne pouvant dans sa hâte régler ses mouvements. Cet état ne s'accompagnait ni de malaise ni de perte de connaissance. Le malade guérit assez rapidement.

OBSERVATION III. — STARD ⁽³⁾. Un homme de 50 ans était en voyage et venait de quitter sa chaise de poste pour marcher un peu, quand, tout à coup, *le mouvement de ses jambes s'accéléra malgré sa volonté et ce mouvement rapide l'entraîna*

⁽¹⁾ *Journal de Hufeland*, juin 1811, vol. XXXII.

⁽²⁾ LAU, *Hufeland's Journal*, 1823, vol. L.

⁽³⁾ *Archives générales de Médecine*, 1825.

droit devant lui, sans qu'il puisse ni s'arrêter ni se détourner, ni se jeter par terre ainsi qu'il le désirait. L'accès se termina par un grand sentiment de faiblesse, une sueur générale et une sécrétion abondante d'urine. Deux nouveaux accès peu de temps après, à un intervalle de quelques semaines lui survinrent dans les promenades publiques. Il resta depuis dans le même état, conservant ses forces et ses facultés mentales.

OBSERVATION IV. — STARD. Homme de 60 ans, sujet depuis quelque temps à des vertiges, fut pris d'un étourdissement un jour qu'il se promenait au soleil. Il s'aperçut ensuite *que sa marche s'accélérait malgré lui* et qu'il lui était impossible soit ~~de le ralentir~~, soit de la diriger ou de s'arrêter. Il serait tombé dans un bassin si un de ses amis ne l'eut arrêté. Cet accès fut suivi d'abattement moral ou plutôt de cette torpeur stupide qui succède aux violents accès d'épilepsie; elle était dissipée le lendemain. Le troisième jour la parole s'embarrassa; le sixième, le malade succomba après deux courtes attaques de convulsions. Bien que l'autopsie n'ait pas été faite, il est permis de supposer que ce singulier accès procursif était sous la dépendance d'une lésion, hémorragie ou ramollissement, qui amena rapidement les troubles de la parole et la mort.

OBSERVATION V. — SEMMOLA ⁽¹⁾. Un jeune homme de 26 ans fut atteint dans sa onzième année d'une forme particulière de convulsions, dont les accès avaient lieu tant le jour que la nuit. Il poussait des cris violents et perdait subitement connaissance, *puis il se mettait à courir en ligne droite devant lui* avec une rapidité incroyable. Il lui arrivait parfois de monter l'escalier avec une vitesse incompréhensible. Si on ne l'arrêtait pas, il courait pendant quelques secondes à la distance de 20 ou 30 pas. Alors, il restait tranquille, la connaissance lui revenait; son visage se colorait d'un rouge vif, il ne se rappelait rien et prétendait avoir ressenti peu de temps avant la perte de connaissance une bouffée de chaleur lui monter des pieds à la tête le long de la colonne vertébrale. Sept ans plus tard,

(1) SEMMOLA. *Sopra due malattie non ancora descritte*. Napoli, 1834.

la maladie se transforma : au lieu de courir, le malade tombait à terre et *se roulait en ligne droite autour de son axe longitudinal* au milieu de cris continuels et avec perte de connaissance.

OBSERVATION VI. — BÉRARD, aîné ⁽¹⁾. Un homme étant à travailler se plaint tout à coup d'un bourdonnement d'oreille, puis une douleur vive lui arrache des cris, *il se met à courir*, comme pour échapper au danger qui le menace et tombe avec perte de connaissance, les pupilles immobiles, la bouche entr'ouverte, des mouvements de la langue et des mouvements respiratoires fréquents et irréguliers. Les membres sont dans un état de semi-raideur; contraction des muscles du cou; le malade succomba 5 heures après l'invasion des premiers accidents. A l'examen du cadavre, on trouva la protubérance cérébrale changée en une poche remplie de sang en partie coagulé et mêlé à quelques débris de substance nerveuse ramollie et colorée par le sang.

Ici, l'hémorragie protubérantielle a bien été la cause de l'accès procursif. Ce cas nous fournit des éclaircissements précieux sur la pathogénie de la procursion observée chez les épileptiques.

Ici, comme dans l'observation suivante où il s'agit d'accès précédés d'une aura procursive, une hémorragie dans la capsule interne amena la mort. Cette relation semble indiquer qu'une lésion du cerveau avait été l'origine des accès.

OBSERVATION VII. — ROMBERG ⁽²⁾. Un homme de 71 ans, après avoir souffert de maux de tête et de vertiges éprouva une attaque de paralysie du côté gauche de la face avec perte du sentiment de la jambe gauche; bientôt après, il ressentit *une grande propension du corps à se précipiter en avant*. En marchant, il hâtait subitement le pas et finissait par être saisi d'un si violent accès de propulsion qu'il fallait s'empresse de le saisir et le contenir avec force. Il mourut huit mois plus tard; ses accès allèrent en augmentant jusqu'au moment de sa mort. A l'autopsie, on trouva une hémorragie paraissant avoir

(¹) Bérard, aîné, cité par Olivier d'Angers dans le *Traité des maladies de la moelle épinière* (1847).

(²) *Lehrbuch der Nervenkrankheiten der Menschen*, Berlin, 1867.

eu pour point de départ le corps strié droit et ayant fait irruption dans le ventricule latéral. L'aspect du foyer hémorragique, tel que l'auteur le décrit, indique qu'il était ancien et que la mort fût due à une récidive. C'est donc à une lésion en foyer siégeant dans le corps strié que furent dus les premiers accès.

OBSERVATION VIII. — Salgues (de Dijon [¹]). Une enfant présentait une affection nerveuse caractérisée par des mouvements précipités qui *l'entraînaient violemment à courir*; la malade ne s'arrêtait que lorsque les jambes, se croisant, rendaient ainsi toute locomotion impossible. Alors elle se renversait fortement en arrière, puis en avant, imitant parfaitement l'inclinaison que donnent au torse l'opisthomonos et l'emprostomonos. Ces phénomènes morbides se présentaient sous la forme de courts accès revenant un grand nombre de fois dans la journée et dans l'intervalle desquels les membres étaient souvent un peu agités.

Nous avons cité plus haut en faisant l'historique, les observations de Trousseau, de Hammond et de Nothnagel. Elles ressemblent aux précédentes et leur relation plus complète n'apporterait aucun fait nouveau, l'autopsie n'ayant pas été faite.

Les observations suivantes nous appartiennent et ont été recueillies à l'asile de Bailleul; nous leur avons joint le résumé de celles de MM. Bourneville et Bricon; nous les classerons comme eux, en distinguant l'épilepsie procursive, l'épilepsie avec aura procursive, l'épilepsie post-procursive.

I

ÉPILEPSIE PROCURSIVE.

OBSERVATION IX. — BOURNEVILLE et BRICON. Hérité nerveuse, père neurasthénique, grand'mère hémiplegique, autres parents névropathes.

(¹) *Revue médico-chirurgicale de Paris*, 1827.

Le malade Grandidi, Charles, est âgé de 21 ans quand son observation est prise. Son intelligence fut toujours rudimentaire. Etant enfant, il avait des terreurs nocturnes. Vers treize ans, on s'aperçut que, tout à coup, il devenait rouge pourpre, les yeux injectés de sang, *se levait et courait dans la chambre*. Si la crise avait lieu dans la rue, *il courait très vite, tout droit jusqu'à ce que ce fut fini*; il s'arrêtait court et revenait à lui. Physiquement il présente des stigmates d'hérédité.

Ses accès sont précédés d'une aura sensitive partant de l'extrémité du pied droit (cors) remontant le long du corps jusqu'à la tête. Sans cri initial, il se met à courir tout droit devant lui, si l'espace est vaste; dans la cour, il fait deux ou trois tours, évitant les obstacles qui peuvent se trouver sur son passage; parfois il s'accroche aux objets. Pas de chute; arrêté par un surveillant, il se remet de suite à courir. Pendant cette course, il se frotte fortement la joue droite et fait entendre un bourdonnement produit par le tremblement de ses lèvres.

Assis, il se lève, se met à courir et revient à sa place, ignorant ce qui vient de se passer. Au lit, pas de phase tonique, grands mouvements de rotation incomplets qui portent le corps de droite à gauche et vice-versâ. Ces mouvements rotatoires sont quelquefois accompagnés de sauts de tout le corps, quelquefois remplacés par ceux-ci. Dilatation des pupilles.

Plus tard, il est arrivé au malade de sauter hors du lit.

Dans une autre variété d'accès, on a observé des mouvements des bras et des mains; le malade se roulait sans cri pendant une minute, puis se relevait. Si le malade est maintenu, il présente de la rigidité générale avec absence de phase clonique. Résolution accompagnée de soupirs, sans have ni stertor.

OBSERVATION X. — Épilepsie partielle. Bourneville. — Hérédité nerveuse. — Grand-père paternel alcoolique. — Grand-père maternel apoplectique. — Frères, convulsions; convulsions à dix mois.

Val..., Arthur, âgé de vingt ans. A dix mois, V... a eu ses premières convulsions intenses. Premier accès épileptique à onze ans par suite d'une frayeur, sans aura, avec perte de connaissance, chute et mouvements cloniques des bras. A seize ans, il avait sept à huit accès par mois; des excès de vin les

ont fait augmenter. Pas d'aura. *Convulsions du côté gauche seulement*, pas de stertor, pas d'écume.

Les accès propulsifs ont débuté en 1883. En revenant du marché, le malade se met à parcourir un espace de cent mètres et à revenir sur ses pas. *Face pâle, livide*. Ces sortes d'accès ne sont pas précédés d'aura. — En 1884, il est pris d'une agitation choréiforme des extrémités supérieures et inférieures, de la tête, non précédée d'accès ou de vertiges.

Physiquement il est bien conformé; l'intelligence n'est plus aussi vive.

Dans d'autres accès précédés d'aura, pas de cri, il se met à courir; assis, il exécute des mouvements automatiques des bras et des jambes. Pupilles dilatées. Bras gauche un peu raide; puis quelques mouvements cloniques, surtout dans le côté gauche. La face n'a pas changé de couleur. Ces accès sont suivis de trépidation légère de la jambe gauche, puis du bras gauche et du bras droit.

OBSERVATION XI (asile de Bailleul. Service de M. G. Lemoine).

— Épilepsie datant de l'enfance. — Accès fréquents et violents. — Hémiparésie droite consécutive aux accès. — Accès rotatoires. — Accès suivis de procursio.

Cuv... Philomène, âgée de 25 ans, est entrée à l'asile de Bailleul, le 22 novembre 1888, venant de l'asile de la Teppe, où elle était depuis 1869. Épileptique depuis son enfance, nous n'avons sur ses antécédents héréditaires ou personnels aucun renseignement.

Cette malade d'une forte constitution ne présente pas de stigmates physiques; la face n'est pas asymétrique; les pupilles sont rétrécies et égales. On observe un certain tremblement de la parole ou plutôt une sorte de bégaiement qui s'accroît beaucoup à la suite des accès d'épilepsie.

Il n'y a pas de tremblement des lèvres ni de la langue.

Les réflexes rotuliens sont normaux, même un peu exagérés. Rien au cœur, pouls régulier.

L'affaiblissement des facultés intellectuelles est notable; aux questions qu'on lui adresse, on n'obtient le plus souvent que des réponses enfantines. Le caractère est relativement bon; la malade s'occupe un peu à des travaux d'aiguille.

Ses accès sont très fréquents, on en compte de vingt à trente par mois; ils se reproduisent tous les deux ou quatre jours. La menstruation est régulière.

Les phénomènes épileptiques sont de trois ordres :

1° Grand accès avec mouvements rotatoires;

2° Accès suivis de procursion;

3° Accès procursifs.

Les accès habituels se passent de la façon suivante : la malade, sans cri initial, se laisse tomber à terre et se roule en poussant des cris inarticulés simulant l'aboïement du chien; ces mouvements se font suivant l'axe longitudinal du corps; cet accès peut durer près d'un quart d'heure. Les convulsions se montrent de préférence dans le côté gauche, le bras droit reste inerte le long du corps, généralement la chute s'effectue vers le côté droit. Après une période de stertor assez prolongée, la malade se lève et va s'asseoir à sa place ordinaire. Ces accès rotatoires n'arrivent que pendant la période menstruelle. Quand elle a une série d'accès un peu violent, elle présente une hémiparésie des membres du côté droit (*Hémiplégie post-épileptique. Thèse de Masson. 1888. Lille*).

Dans d'autres accès, elle pousse un cri perçant, lève le bras non parésié et se laisse glisser à terre; l'accès se continue par des spasmes toniques et cloniques marqués surtout à gauche. Quand ceux-ci sont terminés, le malade se lève, fait le tour de la salle et va reprendre sa place, n'ayant donc présenté ni stertor ni coma.

Enfin certains accès sont nettement procursifs. La malade étant au travail, abandonne son tricot, se lève et marchant à tâtons comme une aveugle, s'éloigne de son banc. Elle se laisse ensuite glisser sur le côté paralysé. A terre, elle lève le bras et la jambe gauche non atteints, s'assoit, puis après un moment d'hésitation, se relève et marche autour de la salle en frappant aux portes, puis regagne sa place. Souvent, son état de faiblesse exige qu'on la soutienne, sans quoi elle tomberait; mais elle entraîne alors la personne qui l'aide et la force à marcher avec elle.

Le 16 novembre 1888, elle a présenté un phénomène tout particulier. Elle s'est mise à aboyer comme durant ses accès, mais au lieu de se rouler à terre comme d'habitude, elle se leva et marchant pendant près de cinq minutes.

Elle conservait alors une demi-conscience, car, sur l'invitation de la surveillante, elle alla s'asseoir à sa place ordinaire où l'accès se termina. Cuv... n'eut dans cet accès ni convulsions ni coma. Jamais, chez elle on n'a noté la congestion de la face qui devient au contraire très pâle pendant et après l'accès.

Il s'agit là comme dans la plupart des observations du même genre d'un sujet épileptique depuis l'enfance et présentant de la dégénérescence mentale consécutive; malheureusement les renseignements font défaut et on ignore quelle fut la cause de l'épilepsie. La réunion des accès suivis de procursus et des accès avec mouvements rotatoires chez la même malade semble confirmer ce fait que ces diverses phénomènes ont une même origine et ne sont que des variétés d'une même forme clinique. Il est à remarquer que les accès rotatoires ne se produisent ici que pendant la période menstruelle; ils seraient donc plus particulièrement sous la dépendance de modifications de la circulation.

Très vraisemblablement ces phénomènes sont sous la dépendance d'une lésion localisée soit sur les méninges soit à la surface de l'encéphale. La présence d'une hémiplégie post-épileptique du côté droit doit le faire supposer, car les recherches de MM. Lemoine et Masson ont démontré que ces hémiplésies consécutives aux accès d'épilepsie étaient le plus souvent en rapport avec des congestions locales ou des petites hémorragies à la surface de l'encéphale ou même avec des lésions en foyer, chez une autre de nos épileptiques avec procursus, nous avons constaté des symptômes parétiques et des contractures de même ordre.

OBSERVATION XII (asile de Bailleul. Service de M. Lemoine). — Épilepsie héréditaire. — Épilepsie ascendante et descendante. — Accouchement à 15 ans et demi. — Contractures post-épileptiques. — Accès avec aura procursiva. — Vertiges procursifs. — Courbe thermique élevée.

Deler... Sophie, 16 ans, entre à l'asile de Bailleul le 23 mai 1884.

Antécédents héréditaires. — Le père prenait des crises d'épilepsie. Il a actuellement 71 ans, depuis 8 ans il ne tombe plus. La mère petite, nerveuse, n'aurait jamais eu d'accès.

Un frère est épileptique, sujet depuis son enfance à des vertiges ou à des accès très courts jusqu'à l'âge de 11 ans, époque à partir de laquelle il eut des accès francs avec chute et perte de connaissance. Les accès disparurent à l'âge de 16 ans ; il est resté faible et chétif. Quatre frères et une sœur sont bien portants.

Cette jeune fille, à 15 1/2 ans, a accouché de deux jumeaux un garçon et une fille. Le garçon est mort à huit mois, presque subitement, probablement d'un accès d'épilepsie. Sa fille eut des convulsions quelques jours après sa naissance et continue à en avoir jusqu'à 3 ans. Les accès convulsifs étaient devenus moins nombreux, lorsque quelques mois plus tard elle eut une série d'accès qui causèrent sa mort. Cette petite fille était née avec une paralysie du bras gauche. Elle reste chétive, mais son intelligence avait un développement normal.

D'après les renseignements donnés par la malade, les attaques n'auraient débuté chez elle qu'à l'âge de quinze ans environ par suite d'une peur provoquée.

L'observation de D... est très intéressante ; elle est très longuement rapportée dans la remarquable thèse de notre ami le Dr Masson, à laquelle nous enverrons le lecteur (*Des troubles moteurs post-épileptiques. Thèse de Lille, 1888*).

La nôtre n'en sera à vrai dire que la suite, puisque la malade ne présenta qu'ultérieurement à la publication de ce savant ouvrage inspiré par M. le professeur Lemoine, les phénomènes qui nous intéressent particulièrement.

Depuis 1884, les accès de Del... avaient toujours présenté les mêmes caractères : vertiges fréquents, accès complets ; état de mal toujours suivi de parésie des membres inférieurs. Jamais on n'avait noté de procursus ou la moindre tendance à la course. Jamais précédés d'aura, ils débutaient toujours par un cri étrange, suivi immédiatement de chute.

4 mai 1889. — Vers 10 heures du soir, D... couchée, se lève brusquement de son lit, puis sans pousser un cri, se précipite vers la porte qu'elle fait sauter. Après avoir descendu quelques escaliers, elle arrive dans la salle du jour, où, montée sur une table, elle essaie de passer par la fenêtre. Une infirmière éveillée par le bruit, arrive sur le champ, s'en empare et la conduisit au lit. Pendant toute la durée la malade, l'air hébété, ne répondait que par des sortes de grognements aux questions

qu'on lui posait. Le lendemain, la perte du souvenir était complète.

Antérieurement à cette date, il était arrivé que D... au lit, comme en proie à une terrible hallucination, se levait, la face grimaçante, la tête convulsée à droite et s'enfuyait pour se jeter dans les bras d'une voisine.

Le 9 mai commence une période d'accès ordinaires peu nombreux mais très intenses. Le 10 mai, la malade a deux accès, le 11 mai, quatre et le 12, un accès.

13 mai. — Accès non subintrants mais se suivant à peu d'intervalle. Chose que nous n'avions jamais observé jusqu'ici, la malade a eu une aura sensitive qui lui permit plusieurs fois d'avertir sa sœur. Quelques secondes avant le début, appuyant énergiquement les deux mains contre la région précordiale, elle s'écriait : « Ma sœur, ma sœur, je sens que ça vient ! enfin ça vient tout de même. »

14 mai. — La malade n'a pas eu d'accès.

15 mai. — Deux accès différents comme début, le premier se passe comme à l'ordinaire, avec cri, sans aura.

Peu de temps après, D... a un vertige, puis se lève subitement. Interrogée, elle répond qu'elle est obligée de sortir; la sœur méfiante la suit dans la cour, là, au bout de quelques secondes, elle s'aperçoit que le facies changeait, devenait pâle, grimaçant; immédiatement, aidée d'une infirmière elle se précipite vers la malade. Serrée énergiquement au bras, cette dernière d'un mouvement brusque se débarrasse de ses gardiennes, et s'élance, tête baissée courant vers le fond de la cour. La course fut si rapide qu'il fut impossible de l'atteindre et de prévenir la chute. Tombée, l'accès se continue, peu de stertor, pas de coma. Le lendemain D... portait une ecchymose orbito-palpébrale très accentuée.

16 mai, 6 1/2 matin. — Nouvel accès procursif. La malade couchée, d'un saut est hors du lit, se précipite en courant à travers le dortoir, en traverse un second, puis arrêtée par une porte tombe en se blessant gravement.

9 heures matin. — Nouvel accès qui se présente dans les mêmes conditions que celui du 15 mai. Aujourd'hui, saisie et vigoureusement retenue, Del... n'est pas tombée.

9 1/2 heures. — Pendant la visite, au moment où nous interrogeons Del..., un nouvel accès la surprend,

Quelques secondes auparavant, il nous fut donné d'observer ce facies dont nous décrivions plus haut l'aspect.

Pas d'aura, tout d'un coup la malade exécute un mouvement que nous ne pouvons mieux comparer qu'à celui du plongeur piquant une tête, fait quelques pas entraînant derrière elle, deux ou trois gardiennes. Immédiatement maintenue et soulevée, elle est couchée sur un matelas, où les différentes phases de l'accès se déroulent au grand complet.

Les accès continuent, précédés de cris, quelquefois de quelques mots articulés. Ils atteignent dans la journée le nombre de 18, dont les uns, 9, sont procursifs. Toutefois, ce ne fut qu'une tendance au mouvement, car D... au lit, était rigoureusement maintenue ~~par trois ou quatre infirmières. Une tetanisation générale s'emparait du corps, au moment où voulant éviter un saut hors du lit on maintenait la malade.~~

Les accès procursifs furent moins accentués que les premiers décrits, à 6 et 9 heures du matin. Les accès ordinaires étaient bien caractérisés, cette fois sans aura, avec cri, etc.

27 mai. — Arrive la période menstruelle, qui, chez notre malade, est bi-mensuelle et provoque parfois les crises épileptiques.

6 accès procursifs. D... les traits contractés, la figure grimaçante, les avant-bras fléchis énergiquement sur les bras, les mains tendues en griffe; après avoir poussé un cri, s'élance tête baissée dans le jardin du quartier. Là se bornait la crise; la course terminée, la malade revenait immédiatement à elle, sans avoir offert aucun des signes épileptiques de l'attaque complète. Dans un de ces accès, après s'être grièvement blessé le nez contre le mur, D... porta la main au front, puis s'assit sur un banc proche d'elle.

28 mai. — Un accès du même genre, mais suivi de trois accès classiques avec aura procursive.

9 1/2 matin. — Nous assistons à un de ces accès, et là, j'ai pu juger par moi-même, ayant maintenu la malade, la force musculaire développée dans cet acte propulsif. Dès lors, on fixa, pour éviter tout accident, D... au banc à l'aide d'une large ceinture; elle eut encore deux accès avec aura procursive, qui furent les derniers, mais non accompagnés de chute, vu la position de la malade.

Bien des choses sont à remarquer dans cette curieuse observation; d'abord, l'hérédité, la malade est fille, sœur et mère d'épileptiques; puis, la présence de paralysie et de contracture limitées à un côté du corps, consécutives aux accès épileptiques et de courte durée; enfin, la transformation des accès cloniques en accès procursifs. Il est bon de dire que le changement coïncida avec l'apparition d'une élévation de température dont la cause nous échappe complètement, à moins de la rapporter à un travail cérébral. En effet, l'examen minutieux des divers organes du thorax et de l'abdomen ne montra aucune lésion pouvant expliquer l'élévation de la température; d'autre part, comme l'hyperthermie s'accroissait toujours pendant les périodes d'accès, il est permis de supposer qu'il existe une relation entre ces deux ordres de phénomènes.

Nous pensons que l'apparition de l'épilepsie procursive chez D... est liée à la formation d'une lésion en foyer de nature indéterminée encore, tumeur ou hémorragie. Les circonstances qui ont marqué ce début, jointes à la constatation des troubles paralytiques et de contractures, donnent une base sérieuse à cette hypothèse.

Il est bien difficile avec un nombre aussi restreint d'observations, de donner une description détaillée des accès procursifs. Une telle étude est prématurée. Nous nous contenterons de faire ressortir ici les caractères les plus saillants.

L'aura peut ou non exister comme dans l'épilepsie ordinaire; mais elle manque le plus souvent. Chez une malade qui présente diverses formes d'accès, elle existe au début des accès ordinaires et n'existe pas toujours au début des accès procursifs; d'autres fois, il y a une aura sensitive, comme dans l'observation de Grandidi...

Le cri manque presque toujours, du moins le cri initial, tel qu'on est habitué à l'entendre au début des accès ordinaires. Les sujets tombent et se mettent à courir sans que le cri appelle l'attention sur eux. En revanche, l'accès procursif

s'accompagne souvent d'une série de cris que l'on peut comparer aux cris hystériques ou hystéro-épileptiques; ils diffèrent du reste complètement du cri épileptique; ils ne sont pas brefs comme lui, mais ressemblent à des plaintes et paraissent avoir un tout autre mécanisme. C'est ce que nous avons constaté chez plusieurs de nos malades et le fait avait été remarqué par MM. Bourneville et Mairét. Certains malades prononcent quelques mots en commençant leur course; Del... dit quelquefois : « ma sœur, je sens que ça vient; ça vient tout de même »; un des malades de Mairét se mettait à crier, tantôt : « ce n'est pas moi », tantôt : « c'est un tel », ou bien encore : « retenez-moi, je pars » : cris probablement ~~en rapport soit avec des~~ hallucinations de la vue, soit avec une sensation d'impulsion. Le malade de Trousseau criait son nom d'une voix haute et brève. On pourrait, dans une certaine mesure, assimiler à des phénomènes d'aura les cris de ce genre et les considérer comme une aura psychique.

La course constitue à elle seule tout l'accès, tantôt une partie seulement; dans les cas, les plus purs, elle existe seule, indépendamment de tout autre symptôme épileptique; elle se produit d'une façon irrésistible et parfois avec une telle violence qu'on a grand-peine à retenir la malade. En général, elle se produit en droite ligne, sans souci des obstacles et ce n'est que dans des cas exceptionnels que l'épileptique les reconnaît et les évite. Le malade de Mairét en arrivant devant un mur s'arrêtait et se mettait à sauter jusqu'à ce qu'il fut épuisé; celui de Hammond franchissait les haies, etc. Cela laisse supposer qu'il peut exister pendant la course chez quelques malades une conscience rudimentaire.

La course se termine brusquement; quelquefois le malade tombe parce qu'il a rencontré un obstacle, d'autres fois il s'arrête de lui-même et la connaissance lui revient.

Il peut encore avoir à ce moment quelques spasmes convulsifs ou bien, comme l'ont montré Bourneville et Bricon, des phénomènes d'enraidissement ou de trépidation d'un bras ou de tout autre membre.

La période de stertor ou de coma qui succède presque toujours à l'accès d'épilepsie ordinaire fait habituellement défaut à la suite de l'accès procursif. Quand le malade s'arrête, la conscience lui revient et on peut le voir regagner sa place tranquillement pour reprendre l'occupation interrompue sans avoir conscience de ce qui vient de se passer. Parfois il y a une légère obnubilation de quelques instants, mais qui disparaît très vite.

La coloration de la face est plutôt de la pâleur que de la rougeur. C'est ce que nous avons constaté le plus souvent, cependant Bourneville a noté de la congestion. Cette pâleur qui accompagne l'accès procursif lui serait, selon nous, assez spéciale, car, nous avons pu remarquer par l'examen d'un grand nombre d'accès épileptiques ordinaires, que dans ces derniers, le visage était presque toujours congestionné.

Les accès rotatoires que l'on rencontre, soit isolément, soit à côté des accès procursifs, chez le même malade, ne sont évidemment qu'une forme particulière de procursus et il n'y a pas lieu de les différencier.

Il est intéressant de remarquer que l'on empêche la procursus en retenant le malade au moment où il se met à courir. On peut transformer l'accès procursif en accès convulsif ordinaire. C'est ce qui arrivait chez Del... quand on la maintenait; elle présentait alors un accès convulsif d'une violence extrême.

Les accès procursifs paraissent se développer de préférence chez des sujets qui sont prédisposés à l'épilepsie soit par l'hérédité, soit par des affections de l'enfance, ayant porté sur les centres nerveux : c'est donc une maladie de dégénérés. Quand l'épilepsie ordinaire se transforme plus tard en épilepsie procursive, c'est vraisemblablement lorsqu'il se produit une lésion nouvelle qui tient sous sa dépendance les phénomènes moteurs.

Nous reviendrons du reste sur cette question.

(A suivre.)

LE SULFONAL

DANS LE TRAITEMENT DE LA FOLIE

PAR

Le docteur J. AL. PEETERS

Le sulfonal-Riedel, celui dont nous nous servons habituellement, est composé de petits cristaux blancs, sans odeur ni saveur. Nous l'administrons le soir, incorporé dans un liquide, à la dose de 1,50 centigrammes; aucun de nos malades n'a fait des difficultés pour prendre le remède.

Nous avons commencé nos essais le 7 février et nous les continuons encore en ce moment; voici les résultats obtenus :

Eugénie C..., âgée de 70 ans, est atteinte de démence sénile. Il existe chez elle de l'artériosclérose; le cœur présente des lésions valvulaires et la malade, très affaiblie, souffre de temps en temps d'asystolie. Elle est parfois très excitée la nuit. Nous n'osons recourir ni à la morphine, ni à la potion au chloral et au bromure dont nous nous servons assez régulièrement. La dose de sulfonal indiquée plus haut amène un sommeil tranquille d'environ 6 à 8 heures. Par suite du repos dont elle jouit actuellement, sa santé physique s'est améliorée.

Mélanie D. M..., mélancolique, âgée de 44 ans, s'imagina que son mari et ses enfants ont été tués; elle se lamente beaucoup la nuit. N'osant l'isoler, — car elle a fait une tentative de suicide, — nous sommes obligé de la coucher dans un dortoir commun, où elle apporte le trouble par ses gémis-

sements. Les autres malades se plaignent beaucoup de son voisinage. L'administration d'un gramme et demi de sulfonal améliore la situation. La malade se repose pendant une partie de la nuit, mais elle se réveille souvent vers 3 ou 4 heures. L'augmentation de la dose jusqu'à 2,25 centigrammes ne modifie pas notablement l'effet. En somme, résultat incomplet et inconstant.

Régine S..., imbécile avec symptômes hystériques, a été prise d'un accès d'agitation et a fait une tentative de pendaison; ses nuits sont mauvaises. Le sulfonal produit un excellent effet, mais le cœur étant sain et la malade présentant *des symptômes hystériques*, nous remplaçons, au bout d'un certain temps, le sulfonal par des agents moins coûteux et répondant au même but : le chloral associé au bromure. Nous obtenons un résultat satisfaisant.

Hortense V..., est depuis le mois de juin dans un état d'excitation extraordinaire, déchirant tout ce qui se trouve à sa portée, chantant, sifflant, criant, et ne dormant guère, malgré tous les moyens employés. Comme elle a toujours bien mangé, ses forces se sont assez bien conservées, mais il existe un amaigrissement prononcé. La dose de 1,50 centigrammes administrée le 7 février produit d'emblée un excellent effet : elle s'endort une heure et demie après l'ingestion; le sommeil est léger, mais calme; il se prolonge pendant sept à huit heures. Pendant la journée, l'excitation reprend et nous administrons une dose de 75 centigrammes vers huit heures du matin; elle produit du calme et une tendance à l'assoupissement; on peut l'en faire sortir en lui adressant la parole, mais elle y retombe immédiatement après. Toutes les fonctions continuant à s'exécuter normalement, nous continuons l'emploi du sulfonal le soir et le matin aux doses sus-indiquées. Les nuits restent bonnes; la malade ne déchire plus ses vêtements. Le 1^{er} mars elle fait son entrée dans la petite salle de réunion réservée aux agitées. Les journées du 1^{er} au 6 sont excellentes, Le 7, nous sommes obligé d'isoler la malade de nouveau excitée, loquace, grossière. Du 8 au

18 situation satisfaisante; Hortense V... passe toute la journée en compagnie des autres malades. Bientôt nous allons tâcher de l'occuper.

Edouard P..., atteint de manie périodique, est pour la seconde fois à Gheel et réside depuis un certain temps à l'infirmerie à la suite d'actes extravagants commis chez le nourricier. Les nuits sont très mauvaises, bruyantes; le malade, assisté de deux autres malades St. et V... d. N..., dont nous parlerons bientôt, fait un vacarme incroyable. Les journées sont meilleures : le malade est loquace, très porté à se mouvoir, indocile, parfois menaçant. La dose habituelle de sulfonal amène ~~le sommeil, la moitié de cette quantité,~~ donnée le matin, a un excellent effet sur la situation générale pendant le jour. Edouard se calma lentement; l'usage du sulfonal a été prolongé pendant plusieurs semaines et le malade conserve des nuits calmes. Devenu docile et commençant à s'occuper, le sulfonal a pu être supprimé.

Le cas de Joseph V. d. N... se rapproche beaucoup de celui de Hortense V... L'excitation chez lui dure depuis le mois de juillet : les nuits sont absolument mauvaises, le malade ne dort pas et empêche ses voisins de dormir. Pendant le jour il est irritable, grossier, violent, et doit souvent être coercé. Tous les traitements (hyosciamine, chloral et bromure potassique, bains) ont été inefficaces. Le 7 février il reçoit sa première dose de sulfonal. L'effet sur le sommeil est immédiat. Une dose de 75 centigrammes, donnée le matin, amène une tendance à l'assoupissement. Au bout d'une vingtaine de jours, l'état mental s'est favorablement modifié : le malade est encore singulier, tenant parfois des propos absurdes, mais il n'a plus besoin d'être coercé. Dix jours plus tard, il est presque complètement calme; il salue le médecin, il répond convenablement aux questions et passe une partie de la journée dans la salle de réunion des tranquilles. Le 19 mars, Joseph V. de N... a repris son travail.

Jean St... est pris d'accès de manie à des intervalles plus ou moins éloignés; celui dont il est atteint aujourd'hui a élaté

au mois d'août et dure toujours. Le 7 février, nous administrons 1,50 centigrammes de sulfonal; la nuit qui suit est bonne. Le médicament est dès lors continué régulièrement. Bientôt les journées aussi sont plus calmes; le malade commence à s'occuper. Le 11 mars, toute excitation avait cessé et le malade, provisoirement interné, rentrait chez le nourricier.

Auguste V. d. A... est atteint de mélancolie passive due à des excès alcooliques. Les nuits sont mauvaises, le sommeil presque nul, l'anxiété grande. Le sulfonal est administré à la dose de 1,50 centigrammes. Les renseignements que le malade nous donne sur l'action du médicament sont variables ~~et par conséquent sujets à caution~~ : tantôt il déclare qu'il dort bien, tantôt qu'il dort mal. Nous le faisons observer d'une manière continue par nos infirmiers et nous apprenons que le résultat est très incomplet.

M^{me} X..., mélancolique active, en mouvement toute la journée, se tordant les mains, se lamentant, a des nuits très mauvaises. Les hypnotiques ordinaires ne rendent guère de services et la malade se plaint de lourdeurs de tête, de malaise après leur emploi. M. Boeckmans, médecin principal de la 2^{me} section, administre le sulfonal, vers 9 heures du soir, à la dose habituelle. La malade dort de 11 heures du soir à 5 heures du matin. Ce résultat est régulièrement obtenu, malheureusement M^{me} est très indocile et refuse souvent de prendre le médicament. Les essais seront continués et une dose de 75 centigrammes de sulfonal sera donnée le matin; car nous désirons surtout savoir si l'excitation de cette mélancolique cédera à l'action du nouvel agent, comme l'a fait l'excitation de nos deux maniaques, Hortense V... et Joseph V. d. N...

Voici le résumé de nos observations sur l'action du sulfonal. L'administration du sulfonal se fait facilement chez la généralité des aliénés par suite de l'absence de goût et d'odeur.

Le sulfonal est un excellent hypnotique; à la dose de 1,50 centigrammes, il procure généralement le sommeil. Le sommeil est assez léger, moins profond que celui résultant de l'emploi du chloral; le malade, au réveil, n'a ni lourdeur

de tête, ni sécheresse de la bouche ; l'appétit se maintient malgré un usage continu et prolongé, et l'on n'observe aucun trouble du côté des voies digestives.

Les effets du médicament pris le soir se font sentir d'une heure et demie à trois heures après l'ingestion. Chez les malades très excités, on donne le matin 75 centigrammes de sulfonal ; l'histoire de Hortense V... et de Joseph V. d. N... prouve que les effets sont excellents. Le sulfonal ne serait donc pas seulement un hypnotique ; il aurait encore une action curative sur l'état de manie.

Les effets du sulfonal ont été incomplets chez deux mélancoliques passifs ; chez la personne atteinte de mélancolie active il a amené, au contraire, un sommeil de six heures.

Le sulfonal pourrait être donné aux paralytiques actifs, concurremment avec les moyens destinés à décongestionner la tête. N'ayant en ce moment dans mon service des malades de ce genre, nos recherches présentent une lacune.

Nous avons lu quelque part que le sulfonal a une action assez nette sur la moelle épinière. Voulant m'en assurer, nous avons donné le médicament à un malade présentant des symptômes de myélite incomplètement systématisée et qui dort parfois mal par suite d'un fort tremblement du bras droit. Cet homme, après avoir pris une seule dose de 1,50 centigrammes de sulfonal, s'est plaint d'avoir le dos plus raide que d'habitude et d'une difficulté extrême de la marche. Nous avons immédiatement supprimé le sulfonal. Ce malade présente les symptômes de la paralysie agitante mêlés à ceux du tabes spasmodique.

Un grand inconvénient de l'emploi du sulfonal, c'est son prix élevé. Il est à espérer que son prix baissera quand l'emploi de l'agent se sera généralisé.

P. S. — Après quelques semaines de calme, l'excitation maniaque a repris chez Joseph V. d. P... et Hortense V. H... dont il a été question plus haut. Nous leur administrons de nouveau le sulfonal, mais les effets jusqu'ici sont moins prononcés. Nous ferons connaître ultérieurement le résultat de nos essais.

ANALYSES D'OUVRAGES.

NERVOSISME ET ÉDUCATION, par le Dr C. PELMAN, directeur de l'asile d'aliénés de Gräfenberg près de Dusseldorf.

Analyse par le Dr VICTOR DESGUIN.

Cette question a fixé pendant assez longtemps l'attention de la Société de Médecine mentale de Belgique, pour qu'il soit toujours intéressant d'examiner de quelle manière elle est résolue hors de nos frontières.

Le Dr Pelman se demande si réellement le nervosisme s'est accru dans notre temps, et, dans l'affirmative, quelles sont les causes de cet accroissement. Il constate les modifications qui se sont présentées dans les types et les formes des maladies depuis un demi-siècle et les changements qu'elles ont apportés à la thérapeutique courante. Il remarque que la prédominance de l'anémie et de la névrose ne se montre pas seulement dans l'état de maladie, mais également dans l'état de santé et il la compare à une des sept plaies d'Égypte. Cette assertion ne peut être prouvée par la statistique, car elle est une des nombreuses choses qui échappent à son domaine. C'est par l'examen de faits particuliers et par des appréciations générales qu'on peut la démontrer.

La nervosité ou excitabilité malade du système nerveux, produisant des manifestations désordonnées et aboutissant à des maladies nerveuses, qui sont si fréquentes à notre époque, est en proportion du degré de culture intellectuelle : l'une et l'autre se sont développées parallèlement, de telle sorte qu'on peut affirmer qu'il y a entre elles un rapport de cause à effet. Les sauvages connaissent peu les maladies mentales; elles se sont produites chez les peuples de couleur de l'Amérique du Nord depuis la suppression de l'esclavage. L'Amérique semble être la terre promise de la nervosité; tandis que, dans d'autres pays, elle reste l'apanage des classes cultivées et ne s'étend guère au peuple lui-même, en Amérique, pays de liberté et d'égalité, elle embrasse toutes les couches sociales et se manifeste avec une force extraordinaire.

Une observation qui paraît ne pas concorder avec celle-là, c'est que les peuples de race germanique sont beaucoup moins nerveux que ceux d'origine romane; ces derniers se trouvent, comme les Américains, sous l'empire du nervosisme, ce que l'auteur explique par les perturbations qu'ils ont subies et qui ont retenti sur leur force vitale et sur leur force nerveuse.

C'est en Amérique que se sont présentées en premier lieu les formes graves, véritablement morbides, qui ont nécessité la création d'un mot nouveau, la neurasthénie, laquelle a depuis lors conquis chez nous son droit de cité. La transition de la nervosité à la neurasthénie est encore vague et confuse, comme les manifestations de cette dernière; on a fait du reste de ce nom un véritable abus, comme jadis de l'hystérie. Tout ce qui se présentait de moins aimable et de moins louable dans la plus belle moitié du genre humain, ce qui échappait à notre entendement, était réuni pêle-mêle sous la dénomination d'hystérie. Ce sont principalement les recherches des Français qui ont mis de l'ordre dans ce chaos et bien délimité le champ qui appartient à l'hystérie dans le domaine des maladies nerveuses. Mais, il faut reconnaître que les Français possèdent pour ainsi dire le monopole des maladies nerveuses des femmes et ce n'est pas sans un sentiment d'étonnement mêlé d'une certaine incrédulité que nous avons accepté les descriptions que Charcot et d'autres ont données de l'hystérie, sans pouvoir les vérifier, la matière première nous faisant presque entièrement défaut. Il est pourtant admis que l'hystérie est une véritable maladie du système nerveux, distincte de la nervosité et de la neurasthénie, se présentant le plus souvent, mais pas exclusivement, chez le sexe féminin. Pour tout ce qui la concerne, nous sommes encore un peu dans les ténèbres, mais le temps et les recherches ultérieures se chargeront de les dissiper.

Jusqu'à présent on peut dire que ce n'est que sous l'empire de conditions extraordinaires que l'on aura l'occasion de voir l'apparition soudaine de la nervosité chez des personnes qui auparavant n'en avaient pas souffert.

Parmi ces circonstances exceptionnelles, il faut citer d'abord les accidents de chemins de fer et surtout les tremblements de terre, dont les conséquences nerveuses ne se font souvent sentir que plusieurs jours après l'accident, et revêtent alors la forme de la mélancolie avec stupeur, accompagnée d'une irritabilité extrême du système nerveux pour les moindres bruits, etc. La résistance aux effets de ces catastrophes dépend beaucoup de la force constitutionnelle de chacun, qui lui donne sur lui-même assez d'empire pour ne pas ressentir l'influence de ces catastrophes. Le courage

d'ailleurs, sur les champs de bataille et ailleurs, n'est souvent pas autre chose que l'ignorance du danger et il n'est pas rare de voir des paysans braver sans crainte le danger, dont ils sont inconscients, alors qu'il faudra à des personnes ayant un degré de culture intellectuelle plus élevé, de grands efforts pour s'y exposer.

On se plaint surtout à notre époque du manque de force musculaire et nerveuse : de là une rapide excitabilité, suivie d'un abattement tout aussi rapide.

C'est dans les conditions actuelles de la vie qu'il faut chercher les causes de cette excitabilité de notre système nerveux, conditions qui sont inhérentes à notre époque et qu'il serait tout aussi impossible de modifier, qu'il serait impossible de forcer un fleuve à remonter vers sa source.

La force nerveuse, qui n'est pas plus inépuisable que toute autre force, demande une réparation, qu'elle trouverait dans le repos et qu'elle n'obtient pas. Elle s'affaiblit, devient capricieuse et finit par se rompre. C'est un signe du temps que la recherche constante de moyens artificiels pour produire le calme et le sommeil, moyens que nous n'aurions pas besoin de découvrir, si nous avions conservé le sommeil sain de la jeunesse.

Faiblesse et, surtout au début, excitabilité, constituent les caractères de la nervosité de notre époque, d'où résultent le manque de résistance aux influences extérieures et le désordre des réactions contre elles. Le nombre des maladies mentales s'est accru dans la même proportion que celui des maladies nerveuses ; il en est ainsi des suicides, même chez des individus jeunes, même chez de véritables enfants.

L'excitabilité du système nerveux fait place à une faiblesse, à une dépression, qui appelle à son tour l'emploi de moyens excitants et c'est dans l'alcool qu'on les trouve le plus aisément. Mais ici des distinctions doivent être faites : c'est ainsi que l'Allemand boit parce qu'il est naturellement intempérant, tandis que l'Américain ne devient intempérant que parce qu'il est nerveux par nature.

D'autres moyens destinés au même but que l'alcool sont connus ; à côté des piqûres de morphine employées depuis longtemps est venue se ranger la cocaïne.

Il faut noter aussi l'influence de la littérature et des arts, auxquels on demande des excitations toujours renouvelées qui paraissent d'autant plus délicieuses qu'elles sont plus violentes. Enfin, dans la genèse de la névropathie, il convient de ne pas oublier l'hérédité, car ce n'est pas seulement des biens matériels qu'on hérite, mais aussi et surtout des dispositions physiques et des aptitudes morales, et ces dernières, on ne peut pas les accepter sous bénéfice d'inventaire ;

il faut les prendre comme elles sont. C'est ainsi que non seulement la tendance au suicide et les maladies mentales se transmettent par l'hérédité, mais encore la faiblesse nerveuse qui diminue la faculté de résistance des individus aux influences néfastes de la vie. L'hérédité crée donc les candidats à la faiblesse nerveuse et aux troubles intellectuels, les victimes probables de la civilisation moderne et du surménagement qui en est la conséquence.

Rien dans la vie des parents n'est plus préjudiciable à la santé des enfants que l'usage inconsidéré de moyens excitants et surtout que l'abus des boissons alcooliques. Les descendants des buveurs sont presque inévitablement destinés à le devenir également et portent ainsi en eux le germe de toutes les maladies nerveuses possibles. De là ce cercle vicieux : la nervosité engendrant l'ivrognerie et l'ivrognerie des parents engendrant la nervosité des enfants, ce qui éloigne singulièrement la solution de ce problème déjà si difficile.

Le devoir de l'éducation est de corriger les fautes de la naissance. Il est peu de sujets sur lesquels on ait autant écrit et autant discuté et il semble difficile de dire quelque chose qui n'ait pas été dit auparavant; mais qui donc s'inquiète des écrits de l'an dernier et qui consulte encore des journaux anciens? On n'en a plus le loisir et cela est encore un des signes de notre époque et du nervosisme qui la caractérise. Qu'on se rappelle le temps où d'honnêtes journaux à un sou et des revues sérieuses satisfaisaient le besoin de science et de lecture du public lettré et que l'on envisage les innombrables publications de toutes sortes, pour tous les âges et pour tous les goûts qui paraissent aujourd'hui, au nombre de 6661 en langue allemande, d'après la dernière statistique de la poste; presque pas une ne manque d'un feuilleton, ni ne se refuse le luxe d'un article soi-disant scientifique. Cette surabondance de publications diverses détruit d'autant plus l'aptitude à lire des ouvrages plus ou moins volumineux, qu'elle répond en réalité aux besoins et aux goûts de la masse.

Le médecin, s'appuyant sur les fondements de l'hygiène, ne peut approuver l'éducation moderne, en tant que celle-ci porte préjudice aux conditions et à l'entretien de la santé. Son rôle se borne là, sous peine d'empiéter sur le domaine des pédagogues et de mériter, de la part de ces personnages susceptibles, le reproche d'incompétence et de témérité.

Nous nous exposons au même danger quand nous avançons des choses dont la démonstration ne peut être faite ou ne paraît pas suffisante. Aussi Preyer a-t-il encouru ce reproche et ses antagonistes ne lui ont-ils pas fait attendre leur réponse. Tel fut le sort de son affirmation que les écoliers qui ont le privilège du service militaire

d'un an fournissent une proportion d'impropres au service plus forte que les autres jeunes gens soumis au même service, fait qu'il attribue à l'influence de l'école, produisant souvent la myopie et des déformations du thorax (*Statistique scolaire de Preyer, dans Alg. Zeitung, 1877*). On prétend que les éléments scientifiques font défaut pour conclure, on nie la compétence des médecins et on les accuse de partialité contre les écoles et leurs tendances.

Au lieu de soutenir les écoles, comme ce serait notre devoir, il semble que nous ne fassions que nous acharner contre elles sans raisons plausibles et en méconnaissant leur but moralisateur et patriotique. Les efforts des médecins devraient tendre à mériter les applaudissements des instituteurs et non pas à pénétrer dans l'organisation intime des écoles, etc.

L'auteur n'a nul désir d'envenimer cette querelle et cherchera à ne pas enfreindre les limites qui lui sont assignées. Cependant il ne peut s'empêcher de déclarer que pour lui, l'enfant travaille trop tôt, travaille trop et travaille mal, c'est-à-dire dans de mauvaises conditions d'hygiène. L'auteur développe longuement ces propositions et montre les conséquences funestes que produit sur la santé des enfants, sur leur conformation physique et sur le développement de leur intelligence, la surcharge des programmes scolaires, ainsi que le travail dans de mauvaises conditions d'hygiène. En admettant parfaitement toutes les assertions de l'auteur, qui a observé en Allemagne, il est juste de reconnaître que ses observations ne s'appliquent guère à notre pays, où le surmenage scolaire, tant matériel qu'intellectuel, forme l'exception et où, du moins dans certains grands centres, l'inspection médicale des écoles est organisée de manière à améliorer la santé des enfants et à faire servir la période scolaire à fortifier leur constitution et à augmenter leur résistance vitale.

Après avoir énuméré les déformations matérielles et morales qu'engendre le régime scolaire chez les garçons, l'auteur expose que la situation faite aux jeunes filles est beaucoup plus déplorable encore, en ce sens principalement qu'elle compromet l'avenir de la population. La femme, dit-il, ne doit pas chercher son bonheur en dehors de la famille et pour pouvoir remplir son devoir dans ce milieu, elle doit acquérir une culture intellectuelle suffisante, combinée avec des connaissances pratiques sur la tenue de la maison et sur l'éducation des enfants, mais avant tout une bonne santé, pour pouvoir mettre des enfants au monde et pour les nourrir.

Il montre, avec infiniment de raison, que l'éducation que reçoit la jeune fille à l'école, et spécialement dans les pensionnats, est fort loin de répondre à cet idéal.

Il s'élève avec véhémence contre le régime des pensionnats et exprime cette idée qu'il est utile que, si l'instruction se donne en commun, l'éducation doit se faire individuellement; donc combinaison de l'école et de la famille. Il condamne la manie qu'on a de vouloir faire de toutes les jeunes filles des institutrices, ou tout au moins de leur en faire prendre le diplôme : question de vanité plutôt que de prévoyance. Le nombre des candidates institutrices dépasse de beaucoup les besoins et si l'on rendait plus difficile l'accès de la carrière, on n'obtiendrait qu'un résultat, c'est d'aggraver encore le surmenage et d'accentuer davantage les maux qu'engendrent les études nécessaires pour y parvenir. On a d'ailleurs constaté que si toutes les maladies scolaires observées chez les garçons se rencontrent également chez les filles, celles-ci sont plus sujettes que les autres aux troubles du système nerveux; les écoles d'hommes où l'on reçoit le personnel enseignant compte beaucoup plus de femmes que d'hommes; en outre les formes des maladies sont plus graves et les guérisons plus rares.

Il faut reconnaître toutefois que les carrières ouvertes aux femmes sont si limitées, qu'on ne saurait les critiquer de vouloir se vouer à l'enseignement, mais il faut les plaindre.

Comme plan d'éducation pour les jeunes filles, l'auteur cite avec éloges le programme tracé par Napoléon I^{er}, quand il créa la Maison de la Légion d'honneur : faire des femmes utiles et agréables. S'évertuer à donner les mêmes connaissances et au même degré aux deux sexes, c'est oublier qu'ils ne possèdent ni les mêmes aptitudes, ni la même mission.

L'auteur termine ce chapitre en appelant de tous ses vœux une réforme sérieuse des écoles allemandes, faite par des hommes compétents.

Après avoir dressé le bilan des maux qu'engendre l'école, l'auteur avoue qu'en dehors d'elle, l'enfance est également fort exposée et que beaucoup de mères ne sont pas capables de remplir la noble mission à laquelle elles sont appelées. L'éducation familiale laisse surtout à désirer dans les cas où il existe une prédisposition héréditaire aux maladies mentales et nerveuses, c'est-à-dire dans les cas où elle serait de la plus grande importance et offrirait le plus de difficultés. Les impressions reçues dans l'enfance persistent pendant toute la vie et il n'est que trop fréquent de voir des habitudes préjudiciables données dans le sein même de la famille, telles que l'usage de donner aux enfants des substances excitantes, comme du vin et de la bière à des enfants de 2 à 3 ans : l'alcool non seulement augmente leur irritabilité nerveuse, mais diminue aussi leur force de résistance nerveuse. Qu'on y ajoute le manque d'air et de lumière dans les

habitations modernes, par suite des épais rideaux dont on a soin de garnir les larges fenêtres des maisons : les garçons, qu'on laisse souvent courir en liberté, souffrent moins de cet inconvénient que les filles, dont l'éducation est plus casanière et auxquelles on croit donner assez d'air et de lumière en les faisant faire une promenade d'une à deux heures par jour. Plus tard, on les conduit en société, puis au bal, alors qu'elles seraient bien mieux au lit. Mais si le bal, dans bien des cas, est condamnable, à plus forte raison doit-on blâmer les bals d'enfants, qui constituent une véritable aberration du goût, et une faute grave dont sont absolument responsables les parents. Malheureusement à cela ne se borne pas le nombre des naissances qui conduisent plus tard les femmes à la nervosité.

La destinée de la femme est le mariage, mais quand elle a atteint ~~ce port~~, elle s'aperçoit bientôt que tout ce qui reluit n'est pas or. Les déceptions sont d'autant plus terribles que les illusions ont été plus fortes. Elle entre souvent dans cette nouvelle vie à un âge ou avec des conditions de santé qui auraient dû à tout prix lui interdire le mariage. L'enfant débile est devenue une jeune fille faible et anémique, qui n'est soutenue que par des cures répétées aux villes d'eaux et par l'usage continu du fer; l'arrivée du premier enfant brise le peu de forces qu'elle a et la femme est devenue définitivement nerveuse et l'on sait, par l'expérience acquise et surtout par les travaux de V. Krafft-Ebing, tout ce qu'il y a de misères et de chagrins contenus dans ce petit mot.

Pour celles qui restent célibataires, il y a d'abord les mêmes maux que pour les hommes; puis se dresse cette grave question : comment arrangeront-elles leur vie, elles qui n'auront pas les soins du ménage et qui n'auront pas leurs enfants à élever. Se vouer à l'éducation des enfants des autres n'est pas toujours possible : l'offre dépasse la demande. Gagner leur vie par l'exercice d'autres professions est également difficile et on ne saurait les blâmer de chercher à acquérir l'une ou l'autre des positions qui jusqu'à ce jour sont restées du domaine de l'homme, quelque peu aptes qu'elles soient à les remplir et quelques mécomptes qu'elles y rencontreront. Celui qui trouverait une issue à cette situation et fraierait un chemin dans lequel puissent s'engager la plus grande partie des femmes célibataires, rendrait un immense service à l'humanité.

Les tentatives faites dans cette direction n'ont rien produit et ce n'est certes pas à la soi-disant émancipation des femmes qu'il faut décerner la palme. Que les femmes étudient la médecine, fument des cigarettes, boivent de la bière et organisent des réunions politiques autant qu'elles en veulent ou qu'elles en peuvent supporter, toute la question est de savoir si, en le faisant, elles ne sortent pas de leurs

attributs naturels et cette question ne peut être résolue qu'affirmativement. De corps et d'esprit les deux sexes sont différents et aucun raisonnement ne peut prévaloir contre la brutalité de ce fait. Il importe peu de savoir si, primitivement, ils auraient pu se développer de la même façon; le fait est qu'ils ne l'ont point fait et tous, hommes et femmes, nous avons hérité des qualités et des aptitudes de nos ancêtres. Ce que des milliers d'années ont produit, ne se défait pas en une vie humaine, mais demande, pour être réparé, d'autres milliers d'années. Au reste la situation de la femme s'est bien modifiée, la civilisation chrétienne lui a fait une position bien supérieure à celle qu'elle avait dans les temps anciens, esclave, bête de somme ou marchandise. Mais tant que la procréation restera réglée comme à présent, tant que la grossesse et l'accouchement seront l'apanage de la femme, son développement à d'autres points de vue conservera des limites. D'ailleurs le petit garçon et la petite fille se différencient déjà dans le choix de leurs jeux et bientôt on voit la fille devenir supérieure dans le domaine où le garçon lui est de plus en plus inférieur, c'est-à-dire dans les travaux de la maison.

Le fait d'un certain nombre de femmes, exceptionnellement douées et capables de soutenir victorieusement la lutte avec l'homme, ne prouve rien contre la règle générale, en vertu de laquelle leur destination est toujours de tenir la maison, de soigner le ménage, d'avoir des enfants et de leur transmettre leurs bonnes qualités.

Les femmes qui s'occupent de travaux habituellement attribués aux hommes : commis, libraires, employés de postes et télégraphes, etc., paient à la nervosité et à la faiblesse nerveuse un tribut aussi grand que celui des institutrices.

L'auteur ne pouvait terminer ce travail sans rechercher les remèdes à opposer à tous les maux qu'il a dévoilés. Mais ces remèdes, qui s'indiquent pour ainsi dire d'eux-mêmes, ne sauraient être appliqués qu'en se pénétrant bien des nécessités de la vie sociale, telle que l'a faite la civilisation moderne. En dehors des règles d'une hygiène bien entendue, il insiste sur le danger que présente pour les descendants l'union entre personnes appartenant à des familles atteintes de faiblesse nerveuse; l'importance du mariage est telle, qu'il ne devrait se consommer qu'entre personnes jouissant de la plénitude de la santé; le considérer comme un moyen de guérison pour des jeunes filles anémiques et nerveuses ou pour des jeunes gens libertins et usés est un crime de lèse-humanité. Nous nous plaignons de la mauvaise éducation des jeunes filles, de leur propension au luxe et à la dépense et nous trouvons que la difficulté de tenir ménage dans ces conditions justifie le célibat de beaucoup d'hommes. Si ce prétexte était sérieux, il ne dépendrait que de nous d'y remédier; il suffirait

de suivre, dans le choix de nos épouses, le conseil du vicaire de Wakefield et bientôt les mères comprendraient leur devoir et l'intérêt de leurs filles.

Pour ce qui est de l'école et sans revenir à ce qui a été dit plus haut, dès qu'il s'agit de réforme, beaucoup de gens préconisent de suite la méthode anglaise, et ils ont parfaitement raison, en ce sens que la culture physique, les exercices gymnastiques, les jeux corporels, le mouvement et le grand air jouent dans l'éducation anglaise un rôle bien plus important que chez nous. Quant à l'instruction proprement dite, elle est à peu d'exceptions près, tout à fait insuffisante, en Angleterre, ce dont nous ne nous plaignons pas d'ailleurs.

L'auteur passe sous silence le traitement médical et pharmaceutique de la nervosité. Il faut toutefois qu'on n'oublie pas qu'il s'agit ici de maux chroniques, qui sont le résultat final de fautes commises au point de vue des prédispositions, de l'éducation et de la manière de vivre. Le temps et la patience, de la part du malade comme du médecin, sont des conditions de succès et ne sauraient être remplacés par une prescription médicale. Qu'on se défie des villes d'eaux et des cures d'air, qui, avec ou sans raison, poussent sur la terre comme des champignons. Sans doute les voyages, le séjour au bord de la mer ou dans les bois peuvent être recommandés, mais à la condition d'être un délassement et non une fatigue, comme le sont souvent nos villégiatures modernes, avec leurs bals, leurs réunions, leurs concerts et leurs théâtres, d'où l'on revient plus malade qu'auparavant, accusant la cure de ne rien valoir, en cherchant une autre meilleure et de meilleurs médecins. Le magnétisme, l'homéopathie, le végétarisme, n'ont pas de clients plus zélés et plus dociles que les nerveux, dont la nervosité a déjà pris une certaine teinte de psychose. Certaines de ces bizarres méthodes peuvent être innocentes, comme parfois l'homéopathie; d'autres sont toujours préjudiciables, comme le végétarisme.

Krafft-Ebing résume comme suit les recommandations à faire, dans l'ordre social, pour prévenir l'extension du nervosisme : lutte contre l'alcoolisme, suppression des impôts sur les objets de première nécessité, hygiène des habitations, des écoles et des fabriques, fixation du nombre d'heures de travail dans ces dernières, réglementation des salaires entre patrons et ouvriers.

On voit par là combien sont importantes les questions qui attendent encore une solution, mais on peut espérer de voir ces réformes s'accomplir.

Voici par quelles considérations l'auteur termine son intéressante étude : « Le nervosisme est-il un héritage de la révolution française et les événements, depuis cette violente secousse, se sont-ils préci-

pités trop rapidement pour être suivis par le développement de notre tissu nerveux et de notre force nerveuse, je ne suis pas en état de résoudre cette question. Nous avons montré que cette disproportion existe et il ne nous reste que l'espoir de la voir s'effacer avec le temps et qu'une génération douée d'une force nerveuse plus grande recueille, dans de meilleures conditions, l'héritage de notre époque nerveuse. Alors la nervosité disparaîtra, comme elle est venue, et elle ne présentera plus qu'un intérêt historique. Nous ne la regretterons pas. »

On ne saurait mieux dire et je ne puis, pour ma part, qu'applaudir à ces pensées, qui confirment d'ailleurs celles que j'ai exprimées dans ma communication sur le nervosisme faite à la Société de Médecine mentale en janvier 1885 : le désarroi qui règne en ce moment, le manque d'équilibre intellectuel dont nous voyons des exemples quotidiens, provient du défaut d'adaptation de nos organismes aux nécessités de l'époque. La lutte pour l'existence emporte tout dans son tourbillon : il y a trop de strugforlifeurs, pour me servir de l'horrible néologisme d'A. Daudet.

Il faut savoir gré au prof. Pelman d'avoir creusé, comme il l'a fait, cette question toute actuelle; son opuscule est plein d'aperçus ingénieux et de judicieux conseils.

SUICIDE AND LEGISLATION, par M. CLARK BELL.

Analyse par M. H. LENTZ, membre titulaire.

L'étude publiée sous le titre *Suicide and Legislation* dans le journal médico-légal de New-York par M. Clark Bell, président de la société médico-légale, reproduit dans un résumé, fort écourté et partant très incomplet, la plupart des considérations philosophiques et juridiques que l'on trouve dans les auteurs, médecins ou légistes, qui se sont occupés de l'intéressante question du suicide.

Les sources auxquelles M. Clark Bell a cru devoir puiser, sont quelque peu restreintes. Elles se bornent en général aux indications contenues dans l'ouvrage du Dr O'Dia sur le suicide. Quant aux statistiques que ces auteurs invoquent, elles ne laissent pas que d'être un peu surannées, même pour les Etats-Unis d'Amérique où elles remontent généralement au recensement de 1870 et 75. C'est assez dire que la notice de M. Clark Bell n'apporte guère de lumière nouvelle dans le débat auquel la question du suicide a donné lieu

tant sur le terrain de la science médicale que sur le terrain purement juridique ou social.

L'auteur est de ceux qui pensent que le suicide constitue une violation de la loi sociale, attendu, dit-il, que la protection de la vie humaine est la pierre angulaire de tout édifice social et que la punition de l'homicide est inséparable d'un état de civilisation qui comprend des lois destinées à protéger l'existence des citoyens.

Dans cet ordre d'idées, les contradictions seront assez peu nombreuses, mais il n'en sera sans doute pas de même quand, constatant l'extension continuelle du suicide, M. Clark Bell examine les moyens législatifs auxquels on pourrait recourir pour arrêter l'accroissement d'un mal dont souffrent toutes les sociétés civilisées.

Nul n'ignore les mesures qui ont été préconisées dans ce but. Les unes visent directement l'acte réputé coupable et lui infligent, le cas échéant, la répression ordinaire applicable à l'homicide.

En Belgique la question a tout naturellement été posée lors de la révision du code pénal de 1810. Le législateur, en consacrant l'impunité du suicide, s'est uniquement inspiré de considérations empruntées au domaine juridique. Ce ne sont pas des idées philosophiques ou religieuses, des raisons d'économie sociale qui ont déterminé sa décision, c'est le droit positif dans ce qu'il a de plus étroit, de plus terre-à-terre, qui seul semble avoir préoccupé les esprits. L'impunité du suicide, dit l'Exposé des motifs, dérive des principes mêmes de notre droit criminel. Si l'action publique qui a pris naissance au moment du délit s'éteint par la mort du prévenu, cette action ne peut pas naître après la mort de celui-ci. La disposition de de l'art. 20 du code de procédure pénale uni, n'est en effet qu'un corollaire du principe consacré par la législation moderne qui défend de faire le procès au cadavre ou à la mémoire d'une personne.

Si l'acte consommé échappe à toute répression, à plus forte raison en doit-il être de même de la tentative.

Une égale impunité s'étend à la complicité, car les principes de droit s'opposent à ce que l'on punisse la participation à un fait qui lui-même reste impuni. (Nypels, C. P., interp. p. 262.)

J'ajouterai cependant que l'impunité n'existe plus quand la participation au suicide se manifeste par un véritable homicide volontaire. On peut, sans s'exposer à l'application de la loi pénale, fournir à quelqu'un le moyen de se suicider. Mais on commet un homicide lorsque cédant aux sollicitations d'un malheureux qui veut se débarrasser de l'existence, on lui inflige la mort.

Telle est la loi positive.

Sans aucun doute, pour qui examine la question du suicide à un point de vue plus élevé et en la rattachant aux autres phénomènes

sociaux et économiques dont elle procède, l'efficacité des moyens préventifs apparaîtra mieux établie que celle des moyens qui tiennent de la répression pure. L'influence salutaire que peuvent exercer en cette matière les idées morales et religieuses, la diffusion de l'instruction, l'augmentation du bien-être dans les classes laborieuses, ne saurait être sérieusement discutée. Le combat engagé contre l'alcoolisme ne peut avoir que des résultats bienfaisants sur la diminution du suicide.

M. Clark Bell ne s'attarde à rechercher ni les causes qui favorisent l'éclosion du mal, ni les moyens d'atteindre celui-ci et de l'étouffer dans ses germes. Il paraît s'être épris d'un moyen préventif dont il loue l'efficacité et qui a été préconisé par le Dr Jeannel au Congrès médico-légal de Paris de 1878.

Ce moyen consiste tout simplement à disposer par voie législative que les corps de tous les suicidés seront remis aux écoles de médecine pour servir aux expériences de dissection, sauf dans le cas où il serait établi que le coupable aurait agi sous l'influence d'un trouble intellectuel quelconque. Le Dr Jeannel estime que pareille mesure aurait pour effet de diminuer considérablement le nombre des suicides, et il demande en conséquence :

1° Que chaque cas de suicide soit soumis à l'appréciation d'une commission médico-légale, qui serait appelée à se prononcer tant sur le fait même du suicide que sur l'état mental de la victime;

2° Qu'en cas de réponse affirmative sur la question de responsabilité, le corps soit livré aux amphithéâtres anatomiques.

Il est inutile de dire que cette proposition qui avait, à défaut d'autre, le mérite de l'originalité, rencontra une vive opposition. Le Congrès ne lui fit pas même les honneurs d'un vote. Néanmoins, M. Clark Bell paraît être enthousiaste de cette innovation et conserver une confiance très grande dans l'efficacité du remède proposé par le Dr Jeannel. Il pense qu'une loi qui réaliserait les idées de ce praticien serait fondée « sur des principes solides et sains. » On livre bien, dit-il, aux amphithéâtres les corps des criminels. Or, le suicide est un véritable crime : quel inconvénient y a-t-il de lui infliger les peines réservées aux criminels?

M. Clark Bell se contente de ce raisonnement, ce qui prouve tout au moins qu'en matière d'argumentation il ne montre pas des prétentions exagérées.

Je ne suis pas chargé d'examiner ici la question du suicide, ni de réfuter les idées étranges du Dr Jeannel, chose facile tant sont nombreux les arguments qui s'élèvent contre leur réalisation. Je ferai seulement remarquer que M. Clark Bell semble ignorer qu'il n'existe pas, en Europe du moins, une législation qui livre aux

amphithéâtres les corps des suppliciés; que si, dans certains pays, ceux-ci servent à des expériences scientifiques, l'intervention de la famille, qui a toujours le droit de réclamer le corps, suffit pour y mettre un obstacle; qu'enfin dans plusieurs États la peine de mort est abolie en droit ou en fait, ce qui diminue singulièrement la valeur de l'assimilation.

Il faut, dit l'auteur, renforcer le sentiment moral de la communauté des citoyens afin de rendre le crime du suicide plus odieux et plus détestable.

On répondra sans doute que c'est là l'affaire des mœurs, de l'éducation morale et religieuse, des moyens préventifs qui remontent à l'origine du suicide, bien plus que des lois répressives qui s'attaquent au corps du suicidé.

Sans revenir, il est vrai, aux horreurs que l'ancienne législation accumulait contre les suicidés et qui venaient s'ajouter aux peines spirituelles commises par l'Eglise, le D^r. Jeannel réédite, sous une forme mitigée, il est vrai, mais non moins répugnante cependant, les procès au cadavre qui, depuis près d'un siècle, ont disparu de nos lois pénales.

Ce n'est pas sans doute de semblables moyens qu'il faut attendre l'atténuation d'un mal qui tient non seulement aux passions individuelles des hommes, aux vices de conformations de tels ou tels êtres en particulier mais également aux imperfections inhérentes à notre organisation sociale. Les transformations que cette organisation peut subir, l'amélioration qui peut se produire dans les conditions physiques, morales et économiques des peuples, l'action plus énergique des sentiments moraux et religieux, enfin un état social plus calme, plus pondéré, plus épuré succédant aux fièvres de toute espèce qui nous agitent, aux exigences impérieuses du combat pour la vie qui nous étirent de tous côtés, sont autant de facteurs importants dont l'influence sur la diminution du suicide se fera sentir bien plus efficacement que les dispositions pénales les mieux conçues.

L'Angleterre est, croyons-nous, le seul pays d'Europe dont la législation pénale reconnaisse le suicide comme un délit. Mais encore ne s'en prend-elle pas au cadavre du malheureux qui a volontairement quitté l'existence. Bien au contraire, lorsqu'un cas de mort violente de l'espèce se présente, le jury couvre généralement la mémoire du suicidé du voile discret d'un verdict, constatant que l'accident est dû à un trouble momentané des facultés mentales.

Sans doute la proportion des suicides est très faible en Angleterre, mais rien n'établit que cette situation soit due aux lois répressives qui existent dans ce pays. Car, bien d'autres pays qui ne

possèdent pas une législation semblable présentent des proportions bien moindres que celles qu'on nous renseigne pour la Grande Bretagne.

L'article de M. Clark Bell contient quelques tableaux statistiques intéressants quant à l'âge des suicidés et d'où il tire les conclusions suivantes :

1° Que le nombre des suicides augmentent jusqu'à l'âge jugé extrême de 75 ans;

2° Que cette augmentation est en raison directe de la population jusqu'à 30 ans, âge à partir duquel elle est en raison inverse de la population jusqu'à 75 ans;

3° Que le nombre des suicides est très restreint, d'une façon absolue et relative avant l'âge de 15 ans.

Suit un appendice relatant le nombre des suicides dans les différents États d'Amérique : le chiffre total est de 2517.

M. Clark Bell cite également sans la reproduire une statistique de Dr Nagle, relative à la ville de New-York de 1869 à 1880 et la proportion des suicides relativement à la population de 1804 à 1880.

Il résulte, paraît-il, de ces différents renseignements :

1° Qu'il y a une différence marquée dans le nombre des suicides eu égard aux nationalités, les Allemands fournissant un contingent bien supérieur à celui des Irlandais;

2° Que pour le sexe, il y a un excédant marqué des hommes sur les femmes. La proportion est de 3,64 hommes pour une femme;

3° Que c'est en 1805 que le nombre des suicides a atteint son maximum à raison de 1 cas sur 3017 habitants, tandis que le minimum s'est présenté en 1864 avec 1 cas sur 23827. En 1874 la proportion a été de 1 sur 5515.

Le maximum des cas a été pour les hommes entre 35 et 40 ans et pour les femmes entre 30 et 35 ans;

4° Que la moyenne annuelle pendant les 11 années précitées a été de 138 ⁷⁷/₁₀₀.

En répartissant le nombre des suicides sur les 4 trimestres de l'année, le Dr Nagle a trouvé que la proportion des cas entre ces différentes périodes variait d'année en année.

Pendant la même période de 11 années, la proportion pour les nationaux des États-Unis a été de 16,74 pour 100,000 habitants.

Pour la proportion d'origine étrangère, elle s'est élevée à 26,24. Le contingent de la population noire est moindre que celui de la population blanche.

Il est à regretter que M. Clark Bell ait reproduit d'une manière incomplète les tableaux fournis par le Dr Nagle, ceux-ci ayant l'avantage d'être fondés sur un recensement plus récent, celui de 1875.

REVUE DES JOURNAUX

Des suites de l'extirpation des deux hémisphères cérébraux chez le chien, par M. GOLTZ.

L'auteur a enlevé successivement en deux séances, à sept mois de distance, les deux hémisphères cérébraux d'un chien adulte, qui a survécu 51 jours à la dernière opération et qui a fini par succomber à une pneumonie par pénétration de corps étrangers dans les bronches. Il a présenté, à la Société des naturalistes et des médecins de Strasbourg, le cerveau de ce chien tel qu'on l'a trouvé à l'autopsie : les hémisphères cérébraux ainsi que les corps striés manquent complètement, mais on y retrouve le bulbe, la protubérance et les tubercules quadrijumeaux ; les couches optiques sont conservées en partie seulement, mais la commissure grise qui les relie, les corps genouillés internes et externes ainsi que la partie centrale des bandelettes optiques ont été enlevées complètement. Il n'a retrouvé, comme restes de la substance grise des hémisphères, que des parcelles très petites, d'ailleurs complètement atrophiées ou ramollies, de sorte que l'on ne saurait attacher aucune importance à leur présence. Du reste, dans le moignon du cerveau, il s'est produit également des altérations pathologiques secondaires considérables, telles que dégénérescences et atrophies. Goltz insiste sur ce fait pour faire remarquer que dans ce cas on ne saurait tirer des conclusions vraiment scientifiques que des fonctions demeurées intactes chez l'animal à la suite de l'opération ; il n'est pas possible, au contraire de déterminer si les phénomènes de déficit qu'il a présentés doivent être attribués à l'ablation des hémisphères ou à l'altération des parties du cerveau qui ont été conservées.

Ce chien, privé de ses deux hémisphères cérébraux, avait conservé plusieurs de ses fonctions dans toute leur intégrité ; il ne présentait ni paralysie musculaire ni anesthésie de la peau ; déjà, une heure après la seconde opération, il courrait à travers la salle et il était capable de se dresser sur les pattes de derrière et de se tourner de tous les côtés. Goltz a observé chez ce chien l'alternance régulière de la veille et du sommeil. Le sens du tact était si sensible,

qu'il suffisait de souffler légèrement sur son poil pour le réveiller. Les bandelettes optiques ayant été séparées en deux, l'animal était naturellement aveugle. Quant au sens de l'ouïe, Goltz n'a pas pu se rendre compte d'une façon absolument certaine s'il existait encore. La voix de l'animal était absolument normale; il aboyait, hurlait ou gémissait tout comme un autre chien : les diverses inflexions de sa voix paraissaient exprimer tantôt la joie, tantôt le mécontentement ou la douleur. Ce fait semblerait plaider en faveur d'une sorte de conscience obscurcie, à demi éteinte, mais encore présente chez ce chien. Le fait suivant vient à l'appui de cette hypothèse : l'animal faisait toujours ses besoins hors de sa loge, comme s'il prenait encore soin de la propreté de sa couche. Ce n'est, d'ailleurs, que quelques semaines après l'opération qu'il en était revenu à satisfaire ses besoins d'une façon absolument normale et comme le font les chiens bien portants.

Chose curieuse et intéressante, cet animal était incapable de se nourrir par lui-même et de prendre la nourriture qu'on lui offrait ; il pouvait bien mâcher les morceaux de viande qu'on lui introduisait dans la bouche, mais l'acte de la déglutition ne se faisait normalement que lorsqu'on les avait poussés jusque dans l'isthme du gosier et dans le pharynx ; d'ailleurs l'animal avalait fréquemment de travers, et c'est là qu'il a trouvé la cause de sa mort. Il éprouvait les sensations de la faim et de la soif, car il était très agité avant son repas, pour redevenir tranquille aussitôt après.

Telles sont les observations les plus importantes faites sur ce chien pendant les 51 jours qui ont suivi l'extirpation du deuxième hémisphère cérébral. La conclusion nécessaire et logique est la suivante : il n'existe pas dans les hémisphères cérébraux du chien des centres moteurs ou sensitifs tels que leur perte entraîne nécessairement et d'une façon permanente la paralysie des muscles et l'anesthésie de la peau chez ces animaux.

La variété des phénomènes observés après cette mutilation est si grande que le simple schéma des actes réflexes ne saurait suffire à les expliquer. L'auteur n'essaie pas de résoudre comment il faut considérer certains de ces actes comme plus ou moins conscients.

Ses expériences précédentes et celle-ci démontrent de plus en plus, que des lésions étendues des deux hémisphères cérébraux et leur ablation complète enlèvent à l'animal ce que l'on peut appeler sa personnalité, tandis que l'extirpation complète d'un seul hémisphère n'est pas suivie de phénomènes appréciables de cet ordre.

Étude sur la pathologie de l'alcoolisme, par le D^r A. DRAGOMANOFF (*Arch. de psych. du prof. Kovalevsky*, 1889, 2).

L'auteur étudie la question du développement du penchant irrésistible pour l'alcool chez les personnes qui l'emploient à petites doses mais pendant un temps prolongé. Ces sujets subissent une altération dans le domaine de l'énergie physique et psychique, qui ne peut être compensée que par de nouvelles doses d'alcool. Privés d'alcool, ces sujets présentent l'état connu sous le nom de neurasthénie alcoolique. Ce qu'il y a de particulier dans l'observation décrite par l'auteur, c'est que le sujet qui en fait l'objet, avait cessé de boire et ne recommença ses excès qu'à la suite de la prescription qui lui avait faite par un médecin de prendre un peu de vin dans un but thérapeutique. Ce fait confirme l'opinion de plusieurs neuropathologues qu'il faut être bien prudent dans la prescription du vin chez des sujets neurasthéniques. L'administration de cette boisson peut devenir la cause d'une nouvelle impulsion vers l'alcoolisme.

P. K.

De l'influence de l'extirpation de la glande thyroïde sur le système nerveux chez les animaux, par le D^r P. AUTOKRALOFF.

Avant d'exposer les résultats de ses expériences, l'auteur fait un exposé historique de la doctrine des fonctions physiologiques de la glande thyroïde; il trace ensuite l'histoire de la cachexia strumipriva et celle du myxœdème et décrit enfin ses recherches expérimentales. Les animaux opérés présentaient depuis le second ou le troisième jour après l'extirpation une certaine lenteur, peu de mouvements et une disposition marquée à rester couchés. Leur démarche était peu assurée et maladroite, les pattes postérieures écartées; ils ne pouvaient s'asseoir d'emblée et ils ne le faisaient que péniblement comme s'ils éprouvaient de la peine à plier les extrémités; on observait parfois de la rigidité des muscles, les articulations ne se pliant qu'avec difficulté. Des contractions fibrillaires observées dans les muscles rappellent, d'après l'expression d'Ewald, le tableau d'un champ de blé agité par le vent. Le troisième jour le tremor devient général dans toutes les parties du corps. Les animaux mangaient et buvaient peu; ils urinaient souvent. Le tremor musculaire fut bientôt remplacé par un accès épileptique accompagné de selles involontaires, de nystagmus, de salivation abondante; la respiration était embarrassée. Un des animaux périt pendant un de ces accès. Dans les intervalles des accès les animaux opèrent des mouvements

de manège. Les réflexes des tendons, exagérés au début, faiblissent ensuite. La mort de l'animal arrivait ou bien subitement ou bien avec recrudescence graduelle des symptômes cités plus haut. L'excitabilité galvanique des nerfs périphériques chez les animaux, après l'extirpation de la glande thyroïde, augmenta d'une manière générale; parfois elle diminua. L'excitabilité électrique des centres psychomoteurs examinée après l'extirpation de la glande thyroïde, et lorsque tous les symptômes pathologiques avaient atteint leur maximum, était exagérée. L'auteur attribue les symptômes cliniques consécutifs à l'extirpation de la glande thyroïde chez l'animal à une altération de la nutrition du système nerveux. Ce tableau clinique se rapproche beaucoup des symptômes de la tétanie. L'examen microscopique du cerveau et de la moelle épinière des animaux morts à la suite de cette opération, ne put faire découvrir des modifications que dans la substance grise, dont le tissu était trouble et infiltré de leucocytes; les altérations de la moelle épinière étaient plus intenses; il y avait dégénérescence et vacuolisation des cellules nerveuses. En se basant sur ses recherches, l'auteur conclut, que tout ce complexe symptomatique dépend de l'absence de la fonction de la glande thyroïde. Toutefois le mécanisme physiologique de cette glande reste encore à décrire. L'auteur suppose qu'en l'absence de la glande thyroïde il s'accumule dans l'organisme un agent toxique encore inconnu, agissant surtout sur le système nerveux; aussi suppose-t-il que la fonction de la glande thyroïde consiste dans la neutralisation de cette substance pernicieuse.

P. K.

Influence de l'hyperémie sur le système nerveux central, par le Dr KOUSNEZOFF, 1889.

L'auteur produisit l'hyperémie cérébrale d'après les méthodes de Mendel et Fürstner, et constata les altérations suivantes dans le système nerveux central : hypertrophie des éléments du tissu interstitiel, autant des vaisseaux cérébraux que de sa neuroglie; les trabécules des neurogles étaient plus épaies en plusieurs endroits de la moelle; il paraît que la quantité des cellules des neurogles dans le cerveau et la moelle épinière augmente ainsi que leur volume. Dans les éléments nerveux il y a dégénérescence; le protoplasme des cellules, avant de se détruire, subit des altérations qui amènent la destruction et la disparition de la cellule. Les cellules sont plus ou moins gonflées, le protoplasme est pâle, granulé, parfois vacuolisé; dans d'autres cas la cellule présente un corps vitré, réfractant fortement la lumière; les processus disparaissent ou sont rendus

à peine visibles et dégénérés; le noyau, visible au commencement, disparaît ensuite; les tubes nerveux subissent aussi un processus de dégénérescence. Au commencement les cylindres des axes sont hypertrophiés; ils présentent des gonflements rappelant les grains d'un chapelet; ces gonflements deviennent vitrés, d'autres sont vacuolisés et granulés. Toute la masse granulée paraît fondre depuis la périphérie vers le centre et le cylindre de l'axe disparaît peu à peu. La membrane myélineuse perd son contour et son aspect primitif; elle paraît se disperser et s'assembler en gouttes séparées. Toutes ces altérations portent un caractère inflammatoire. Le processus se présente dans l'ordre suivant : d'abord les capillaires, les veinules et artérioles se dilatent; ça et là il se produit des hémorragies et très souvent des exudats plasmatiques autour des vaisseaux et entre les éléments du tissu nerveux; en outre on observe une quantité de globules blancs et rouges dispersés. Entre les éléments se montre le liquide, sorti du lit des vaisseaux. Ensuite s'opèrent les altérations citées plus haut. Les stases sont essentiellement occasionnées par la circulation embarrassée et retardée dans les vaisseaux; d'après le professeur Paschoulin, c'est là la cause essentielle de la mort.

P. K.

Recherches sur l'anesthésie hystérique, par A. BINET.

Les recherches suivantes ont été faites sur douze hystériques hémi-anesthésiques, appartenant à plusieurs services hospitaliers de Paris.

1° L'excitation d'une région anesthésique, quoique n'étant pas perçue par le sujet sous la forme d'une sensation tactile ou musculaire, détermine l'image visuelle de la région excitée; cette image visuelle peut être recueillie sur un écran que le sujet doit regarder fixement : elle dure aussi longtemps que l'excitation qui la produit. (Il est bien entendu que, dans toutes les expériences, on supprime pour le sujet la vue de la région excitée et l'on évite tout ce qui pourrait donner lieu à une *suggestion*.)

2° La piqure de la région anesthésique détermine sur l'écran l'apparition d'un point sombre ou éclairé; une ligne, un dessin quelconque, tracés avec une pointe de compas sur la peau insensible, produisent sur l'écran le même dessin en lignes de couleur; une légère constriction autour du poignet ou du doigt de la main insensible fait apparaître l'image visuelle de ces parties; les mouvements passifs communiqués aux divers segments d'un membre anesthésique sont reproduits par l'image visuelle de ce segment et peuvent être comptés; enfin les diverses attitudes d'un membre, qu'on peut

provoquer au moyen d'une contracture artificielle, se retrouvent également dans l'image visuelle.

3° L'excitation, avec le compas, de la peau insensible, provoque, selon l'écart des deux pointes de compas, et selon la région explorée, tantôt deux points visuels, tantôt un seul; on peut, grâce à cette méthode, mesurer cette sensibilité spéciale d'un membre anesthésique comme on mesure celle d'un membre sensible, avec cette seule différence que, pendant l'exploration, l'interrogation de l'expérimentateur ne porte pas sur le nombre des sensations tactiles perçues, mais sur le nombre de points qui apparaissent sur l'écran. Mesurée par cette méthode, la sensibilité du membre soi-disant anesthésique paraît généralement normale.

4° Les impressions visuelles produites par l'excitation d'une région insensible sont claires ou sombres, suivant les sujets; à mesure que l'excitation se rapproche d'une région sensible, la couleur de l'impression se modifie régulièrement: elle prend une teinte rouge. L'excitation des régions hypnogènes que l'on rencontre fréquemment chez les hystériques, sur le ventre et diverses parties du corps, provoque des impressions lumineuses dont l'éclat est comparable à celui de la lumière électrique. C'est probablement cette sensation lumineuse qui provoque la somniation.

5° Les images visuelles sont assez intenses pour s'extérioriser; elles couvrent les objets extérieurs, elles suivent le mouvement des yeux, elles persistent les yeux fermés; projetées sur un écran qu'on rapproche et qu'on éloigne, elles s'agrandissent, comme une image consécutive, et s'éclaircissent quand on éloigne l'écran; dans le cas contraire, elles deviennent plus petites et plus intenses. Ces changements de grandeur de l'image visuelle sont faciles à constater en provoquant, à l'aide de deux piqûres, deux points lumineux dont on prie le sujet de mesurer la distance sur l'écran. Enfin les images visuelles ainsi provoquées revêtent la couleur complémentaire de celle des surfaces sur lesquelles on les extériorise.

6° Si l'on marque sur l'écran un point destiné à fixer le regard du sujet, l'image visuelle déterminée par l'excitation d'une région anesthésique est constamment localisée sur le point de fixation; le lieu de l'excitation n'importe pas: que la piqûre soit faite à la face, sur le membre supérieur ou sur le membre inférieur, la petite tache ainsi produite vient toujours couvrir le point de fixation. Si, pendant qu'on continue la première excitation, on en fait une seconde (nous supposons qu'il s'agisse de deux piqûres), la seconde image visuelle ne se confond pas avec la première, mais se fixe à une certaine distance du point de fixation. Si, enfin, on supprime la première excitation et qu'on prolonge la seconde, la seconde image

se rapproche par un mouvement lent du point de fixation et s'y localise. Après ce changement de position, la seconde image présente une couleur différente et apparaît plus distinctement. Ces expériences peuvent nous renseigner sur le champ de la vision mentale.

7° Lorsque deux piqûres sont faites simultanément à la peau insensible, les deux points visuels, chez quelques malades, apparaissent sur l'écran, séparés exactement par la même distance que les piqûres, à la condition que cette distance ne dépasse pas 2 ou 3 centimètres; pour les distances plus considérables, il s'opère, dans les perceptions visuelles, un phénomène de réduction.

8° Lorsqu'on trace des lignes sur la main insensible et que celle-ci est placée dans le même plan que l'écran, les lignes visuelles qui apparaissent sur l'écran sont parallèles à celles qu'on a tracées sur la main.

9° Les images visuelles provoquées, persistant aussi longtemps que l'excitation qui leur donne naissance, peuvent être fixées sur l'écran par le dessin dans leurs moindres détails.

10° La signification des images visuelles provoquées n'est pas constamment comprise par les sujets; lorsqu'on imprime un mouvement passif au doigt d'une main insensible, le sujet décrit parfois ce qu'il voit sur l'écran, comme une raie blanche, un bâton, une colonne, etc., bien que cette forme indéterminée soit réellement celle de son doigt, comme on peut s'en assurer par la concordance des mouvements du doigt et de l'image visuelle. Il résulte de ceci que la vision mentale a ses illusions comme la vision extérieure.

11° Les images visuelles provoquées ne sont jamais mises par le sujet en rapport avec l'excitation de son membre anesthésique; le sujet ne se doute pas des expériences qu'on pratique sur sa sensibilité, il ne cesse pas de croire à son anesthésie.

12° Les images des régions anesthésiques du corps ne sont pas les seules qu'on peut provoquer par l'excitation de ces régions; si l'on place un objet familier dans la main insensible, le sujet voit cet objet sur l'écran; si l'on imprime un mouvement graphique à la main insensible, le sujet voit sur l'écran les lettres tracées.

Noyaux tuberculeux dans le cervelet, par KRAUSS, (*Neurol. Centralbl.* 1889).

La malade, une petite fille de 2 ans, était issue de parents bien portants; depuis quelque temps elle souffrait d'accès épileptiformes qui se répétaient à intervalles de 5 minutes et consistaient en contractions des membres droits, surtout marquées dans le bras et accompagnées d'un état soporeux. L'enfant s'éveillait souvent la nuit en

criant et se plaignait de maux de tête; il n'y avait ni parésie, ni paralysie, ni troubles de la sensibilité; les réflexes étaient normaux. L'enfant était abattu, chancelait souvent en marchant et avait une tendance à tomber du côté droit. Il y avait induration des deux sommets pulmonaires et râles disséminés dans toute la poitrine.

A l'autopsie, on trouva des adhérences entre la dure-mère et l'hémisphère gauche du cervelet, une tumeur de la grosseur d'une noisette avec cavité correspondante dans le cervelet, à parois atteintes de dégénérescence graisseuse, plusieurs tumeurs de la grosseur d'un pois dans le vermis inférieur, dans les lobes inférieurs des hémisphères droit et gauche.

J. D. B.

Contributions à l'étude de l'entrecroisement des nerfs optiques,
par SINGER et MÜNZER (*Neurol. Centralbl.* 1889.)

La plus grande confusion règne encore sur la question de l'entrecroisement des nerfs optiques dans le chiasma par suite des résultats différents obtenus chez divers animaux. Singer et Münzer ont repris l'étude de ce sujet et ont obtenu les résultats suivants :

1° L'entrecroisement est total chez le pigeon, le hibou, la souris, le cochon d'Inde.

2° Il n'est que partiel chez le lapin, le chien et le chat.

J. D. B.

Quelques mots sur les centres salivaires de l'écorce cérébrale,
par ECKHARD (*Neurol. Centralbl.*, 1889).

Depuis les expériences de Lepine et de Rochefontaine, certains physiologistes et certains médecins paraissent convaincus que l'écorce cérébrale renferme des centres qui auraient avec la sécrétion salivaire les mêmes rapports que les centres psychomoteurs avec la contraction musculaire. Ces expériences et celles de Bechterew semblent à l'auteur peu concluantes. Il ne faut pas oublier qu'elles ont été faites sur des animaux curarisés; lorsque, comme l'ont fait Kulz et Eckhard lui-même, on opère sur des chiens intacts, non curarisés, on ne réussit plus à reproduire les effets obtenus par les expérimentateurs précédents, du moins dans la sphère du facial. Il suffit du reste de tétaniser un centre moteur quelconque pour provoquer dans certains cas une salivation qui persiste encore après que le tétanos a cessé; si cette expérience est faite chez un animal curarisé, dont l'appareil moteur est paralysé, il est clair que le seul phénomène qui se produira sera de la salivation. Eckhard fait du reste remarquer que souvent les animaux curarisés se mettent à saliver sans cause appréciable.

Il a donc renouvelé ses expériences précédentes et a constaté de nouveau que l'excitation de l'écorce cérébrale ne provoque pas de production de salive dans les glandes sous-maxillaires des animaux non curarisés.

J. D. B.

Quelques mots sur la croissance du cerveau et la topographie crânio-cérébrale, par CUNNINGHAM (*Neurol. Centralbl.*, 1889).

L'auteur a étudié le développement des différents lobes du cerveau et des circonvolutions depuis l'enfance jusqu'à l'âge adulte. Comme le développement du cerveau n'est pas en relation exacte avec celui de la cavité crânienne, les mensurations de ce genre doivent porter sur le cerveau lui-même.

La longueur relative antéro-postérieure des lobes frontal, pariétal et occipital varie peu. Le lobe temporo-sphénoïdal a chez l'enfant une direction plus horizontale ; chez l'adulte son sommet se trouve plus en arrière et en dedans, son axe longitudinal paraît plus recourbé ; à mesure que le sujet avance en âge, la profondeur verticale de ce lobe diminue.

Dans la détermination de la topographie crânio-cérébrale la meilleure méthode à employer pour le chirurgien est celle qui détermine les points du cerveau cherchés à l'aide de certaines mesures connues et en se basant sur des proéminences déterminées ; la méthode de Reid pour parvenir à la scissure de Rolando est infidèle.

J. D. B.

Épilepsie procursive, par le prof. P. KOVALEVSKY (*La Médecine*, 1889, n° 1).

L'épilepsie procursive éveilla dans ces derniers temps l'attention du monde médical à la suite des travaux de Bourneville, Ladame et Mairet. Le prof. Kovalevsky décrit l'histoire de cette maladie, sa symptomatologie, son étiologie et sa marche, en y ajoutant la description de plusieurs cas d'épilepsie procursive, observés dans sa polyclinique pour maladies nerveuses. Nous rapportons en peu de mots un de ces cas. Le malade était un juif, âgé de 27 ans, non marié ; il travaillait à son métier de tailleur ; il était très peu instruit et pouvait à peine lire. Le père du malade était mort phthisique à 32 ans ; sa mère souffrait d'attaques de grande hystérie. Il n'y avait aucun autre renseignement sur les autres parents du malade. A 9 ans, le malade fut mis en apprentissage chez un tailleur. L'année suivante, il y eut un incendie dans la maison voisine de l'habitation de ce malade. Tout le monde prit la fuite mais on

oublia le petit apprenti qui ne se réveilla que lorsque les flammes lèchaient déjà les murs de sa chambrette. L'enfant, fou de terreur, ne revint à lui qu'une heure après. Depuis ce temps, il commença à avoir d'étranges accès pendant lesquels il se mettait à courir sans se rendre compte de ce qui lui arrivait, pourquoi et où il courait ; deux ou trois minutes après, il revenait à lui et s'étonnait de se trouver à un endroit plus ou moins éloigné de celui où il avait cessé le travail et jeté ses ustensiles au moment de l'accès ; il se sentait brisé de fatigue. On lui raconta qu'il courait toujours en ligne droite, criant : « Oh ! l'incendie ! l'incendie ! l'incendie ! » Pendant sa course il ne faisait aucune attention aux objets et même aux obstacles qui se trouvaient sur son chemin ; l'accès terminé, il ne se souvenait de rien du tout. Les personnes témoins de ces accès racontent qu'au moment où l'accès allait se présenter le malade pâlisait, ses yeux sortaient presque des orbites, son visage était empreint de terreur ; alors il se mettait à courir. Il n'eut jamais ni hallucination ni délire. Ces accès, très rares au commencement, une fois tous les 2-3 mois, se multiplièrent plus tard ; dans les derniers temps il en eut jusque 2 à 3 par jour. Cependant il y a eu des moments, rares il est vrai, où le malade resta sans accès pendant tout un mois. Durant les cinq dernières années le malade eut des absences momentanées de courte durée, 15-45", surtout en été et compliquées de céphalées. A notre polyclinique pour maladies nerveuses le malade fut soumis au traitement suivant : il prit durant deux mois du bromure d'ammonium 2 gram. et 30 centigr. d'iodure de sodium par jour ; tous les deux jours une séance d'électrisation du cerveau au courant constant durant 5-7'. Il s'en suivit une amélioration considérable ; à partir du second mois du traitement les accès ne revinrent qu'une fois tous les 7-14 jours, ce qui peut être appelé une amélioration notable par rapport à la fréquence des accès avant le traitement ; en outre le malade cessa de crier pendant l'accès de course. Le malade ayant quitté Kharkoff vers cette époque n'a plus été revu. P. K.

Aphasie traumatique traitée avec succès par la trépanation et l'extirpation d'un caillot de sang de l'encéphale, par BALL (Neurol. Centralbl., février 1889).

Il s'agit d'un homme de 26 ans qui dix jours avant l'observation, s'était enfoncé un canif dans la portion squameuse du temporal gauche. La plaie s'était complètement guérie mais il persistait, consécutivement à l'accident, de l'aphasie, c'est-à-dire de la cécité et de la surdité verbales, sans autres symptômes de paralyisie.

Une couronne de trépan fut appliquée sur la cicatrice; l'on vit alors que le canif avait traversé la dure mère et le cerveau; l'on enleva des caillots sanguins de grosseur variable et la plaie fut lavée à l'aide d'une solution faible de sublimé. La guérison fut complète; l'aphasie avait disparu et il ne resta aucune trace de l'accident.

J. D. B.

Les amnésies, par le Dr ROUILLARD (*L'Encéphale*, 1888).

Comme toute faculté, comme tout organe, la mémoire peut éprouver des troubles morbides : elle peut être exaltée dans son fonctionnement (*hypermnésie*) ou diminuée, partiellement ou totalement détruite (*amnésie*). Nous rencontrons l'hypermnésie dans les intoxications légères de l'alcool, de l'opium, du haschich, dans les états somnambuliques, extatiques, hystériques, maniaques, dans la période d'exaltation de la folie circulaire, dans la période prodromique de certaines affections cérébrales.

L'amnésie ne sera pas confondue avec l'aphasie qui possède une anatomie pathologique bien connue, tandis que celle de l'amnésie est encore à trouver. Rouillard n'admet pas une localisation spéciale pour la mémoire mais bien une localisation disséminée. Chaque cellule aurait sa mémoire propre. Une lésion grave ou nettement délimitée n'est pas nécessaire pour produire un trouble de la mémoire. Pour Motet, un trouble local de la circulation cérébrale, transitoire (hyperémie ou ischémie) est à même de déterminer la perte temporaire des souvenirs. Rouillard voulant concilier les exigences de la clinique et celles de la psychologie propose la classification suivante, combinée de telle sorte que la constatation d'une cause d'amnésie fait prévoir quelle sera sa forme et réciproquement, la forme d'une amnésie étant donnée, on peut trouver à quel groupe de causes elle appartient; elle peut être congénitale, produite par traumatisme, liée à une maladie de cerveau ou à une grande névrose ou succéder à une affection aiguë, à des influences dépressives, débilitantes, à une intoxication.

1° *Amnésie congénitale*. — Ici se rangent les états accompagnés d'un arrêt de développement des facultés intellectuelles (idiotie, imbecillité, crétinisme). Ici la mémoire n'est pas perdue, elle n'a jamais existé plus ou moins complètement; c'est-à-dire que dans ces arrêts de développement il y a des degrés; certains idiots peuvent apprendre un métier, reconnaître les personnes qui les entourent. Chez l'imbécile, l'amnésie porte sur certaines parties, sur certaines mémoires qui sont absolument nulles, telle ou telle mémoire pouvant être développée à un haut degré de perfection. La mémoire de ces derniers individus fait un contraste curieux avec leur intelligence

imparfaite, parfois nulle. — Notons que le même fait avec des nuances variables s'observe encore chez l'homme normal.

2° *Amnésie traumatique.* — Ici l'apparition de l'amnésie est soudaine; elle survient en même temps que le choc. Tantôt la mémoire sombre tout à coup, ainsi que les autres parties de l'intelligence, tantôt l'amnésie naît, évolue et disparaît, toujours solitaire. Parfois elle ne porte que sur le souvenir de l'accident et si les blessés n'offrent pas de blessure externe, si leur intelligence reste lucide et leur conscience parfaite, ils vont même jusqu'à nier ce qui vient de leur arriver. Cette amnésie peut durer des mois, des jours, quelquefois elle n'est que de quelques heures, de quelques minutes. La restauration de la mémoire montre alors le mécanisme de cette faculté; les faits se gravent dans la mémoire suivant un ordre chronologique, du simple au composé; les souvenirs reviennent dans le même ordre, les plus anciens et les plus simples précèdent les plus récents et les plus compliqués.

En dehors de la soudaineté et de la curabilité, on observe encore dans l'amnésie traumatique l'abolition, non pas seulement du souvenir de l'accident et des faits postérieurs, mais la perte du souvenir de tout ce qui s'est passé pendant une période plus ou moins longue, *antérieure à l'accident*. Un blessé peut continuer à vaquer à ses occupations *habituelles* et ne conserver le moindre souvenir des actes accomplis ainsi avec une conscience apparente. C'est là un véritable *automatisme* de la mémoire. La mémoire métaphysique et consciente est suspendue, seule la mémoire biologique continue à fonctionner. Ce cas ressemble à celui de l'ivrogne qui regagne son domicile, se couche et au réveil se trouve étonné de se trouver dans son lit, ayant perdu le souvenir de sa débauche et du lieu où elle s'est passée. Ces cas sont fréquents chez les épileptiques et les somnambules.

Rouillard range dans ce groupe le *traumatisme moral* (peur, émotion vive, chagrin brusque). L'amnésie qu'il provoque a les mêmes caractères. Ces cas sont peu nombreux.

3° *Amnésie liée à des maladies du cerveau ou de ses membranes.* — Ces amnésies sont toutes *progressives*. En effet la cause qui leur donne naissance (ramollissement cérébral, sclérose en plaques, paralysie progressive des aliénés, atrophie et dégénérescence séniles, etc.) est une lésion à marche progressive, avec ou sans rémissions. De même la mémoire se détruit petit à petit; au début ce n'est que très peu de chose, une *dysmnésie*, un simple affaiblissement; le malade a des absences, de fréquents oublis, spécialement sur les faits récents, les noms propres (cette mémoire évoquant le moins d'idées sympathiques); l'amnésie gagne ainsi successivement sur des faits datant

de plusieurs mois, de plusieurs années; il ne reste finalement que les souvenirs de l'enfance qui à leur tour tomberont. — Cette amnésie progressive se rencontre surtout dans la sénilité et la paralysie générale. Dans la vieillesse, il y a une vraie dégénérescence avec lésions des cellules nerveuses. Chez le paralytique général, la maladie peut avoir débuté uniquement par l'amnésie. — Sauf dans la démence, l'amnésie est absente dans les maladies mentales dites sans lésions. « Lorsqu'un malade guéri, dit Griesinger, déclare ne plus rien se rappeler de tout ce qui s'est passé pendant sa folie, ce dire ne doit être accepté qu'avec réserve; souvent la honte lui fait taire des souvenirs exacts. »

4° *Amnésie liée aux grandes névroses.* — Cette amnésie, pathognomonique dans le somnambulisme et l'épilepsie, a le type *périodique*. Ainsi certaines somnambules d'un caractère différent et opposé dans la *position prime* (état normal), ne conservent aucun souvenir de leurs accès de *position seconde*. Le même dédoublement des facultés s'observe dans le somnambulisme provoqué, quoiqu'à un degré de moindre perfection. Quant à l'épilepsie, la relation entre l'automatisme épileptique et l'automatisme somnambulique est affirmée par Ball, Despine, Falret, etc. Le délire épileptique présente, comme le somnambulisme, des formes nombreuses et variées, mais se caractérise par la perte complète de la conscience, l'amnésie et l'automatisme des actes accomplis sous son influence. Revenus à l'état normal, épileptiques et somnambules ont perdu le souvenir de ce qui s'est passé pendant cette absence. Toutefois le somnambule en position prime n'a pas le souvenir des actes de la position seconde, car en retombant en position seconde, il retrouve la mémoire des actes précédents de cette même position. Chez l'épileptique, le dédoublement de la personnalité n'existe pas ou du moins il n'existe pas chez lui une double vie complète et parfaite. Au point de vue de la mémoire, on peut dire qu'il y a vie pendant l'état normal et mort pendant le vertige. Un épileptique n'a jamais retrouvé dans un vertige le souvenir des actes du vertige.

5° *Amnésie succédant à des maladies aiguës et aux influences dépressives, débilitantes.* — Cette amnésie n'a pas de caractère spécial. Son intensité et sa durée varient comme les causes qui la produisent. L'exercice normal de la mémoire suppose une circulation active et un sang riche en matériaux nécessaires pour l'intégration et la désintégration. Si cette activité s'exagère, il y a tendance vers l'excitation morbide; si elle s'abaisse, il y a tendance vers l'amnésie. Ce genre d'amnésies succède donc à une fatigue nerveuse, à un mauvais état général. On le rencontre après les maladies aiguës, les cachexies, les hémorragies, les excès de fatigue

physique ou intellectuelle, la masturbation, etc. Elles présentent une tendance naturelle vers la guérison et dans les cas d'épuisement et d'anémie un régime tonique suffit pour ramener la mémoire à son niveau normal.

6° *Amnésie par intoxication.* — Ce groupe, étiologique et clinique à la fois, a des caractères bien tranchés. Plusieurs de ces amnésies sont précédées d'une phase hypermnésique que produisent certains toxiques à petite dose et ont une tendance vers le retour à l'état normal lorsque l'intoxication a cessé. Mais l'amnésie devient irrémédiable si l'intoxication a été poussée trop loin; elle se complique alors parfois d'attaques apoplectiformes ou épileptiformes. Les toxiques d'origine minérale (plomb, mercure), oxyde de carbone, sulfure de carbone et nitrobenzine, ne présentent pas la phase hypermnésique comme ceux d'origine végétale où l'hyperidéation atteint son apogée dans l'intoxication par les narcotiques, le hachisch, l'alcool. Le tabac n'amène à sa suite que fort peu d'amnésie.

J. M.

Folie de la puberté. — Manie choréique, par A. MAIRET
(*Ann. médico-psych.*, 1889).

Dans le précédent Bulletin (p. 99) nous avons exposé en termes généraux ce que l'auteur entend sous le nom de folie de la puberté. La description qu'il donne aujourd'hui de la manie choréique de nature pubérale est basée sur cinq observations où la puberté peut être considérée comme cause pathogénique. Dans tous ces cas la maladie s'était déclarée à la suite d'une cause morale; dans tous encore il y avait hérédité. La période pubérale se caractérisait par des palpitations, des maux de tête, de l'irritabilité. Tous les faits se relient donc entre eux par une même physionomie symptomatique et par une communauté d'origine; ils constituent donc un groupe clinique.

Mairet en donnant à ce groupe la dénomination de manie choréique, n'a pas voulu subordonner la folie à la chorée; il ne soutient pas que la manie était de nature choréique. La chorée et la folie sont des symptômes ressortissant de l'action d'une même cause, agissant en même temps sur deux régions différentes du système nerveux. Il y a là une véritable association.

Mais en dehors des symptômes susmentionnés, Mairet a rencontré un malade où la surexcitation maniaque était accompagnée d'idées de tristesse, d'inquiétude, de pleurnicherie, d'apeurement avec perversions de la vue, sous forme de nuage, et de l'ouïe, sous forme de sifflements dans les oreilles et même de voix qui lui disent des injures. De temps à autre ce malade s'élance sur les personnes qui

l'entourent, les frappe et brise tout ce qu'il trouve autour de lui. Ici donc les hallucinations dominent les accès d'agitation et font défaut dans les autres cas. Malgré les perversions sensorielles, Mairét ne distrait pas cette observation des autres. Toutefois il établit une subdivision et distingue une *manie choréique avec* — et une *autre sans hallucinations*. Il admet même que la manie choréique hallucinatoire est de nature pubérale puisqu'il retrouve chez ce malade la trace indéniable de l'influence de la puberté; plus on se rapprochait de la virilité, plus les désordres choréiques et psychiques s'atténuaient. D'ailleurs on a relaté encore de ces cas hallucinatoires de nature pubérale mais les auteurs qui les ont rapporté attribuent à cette aliénation mentale une genèse bien différente; ils considèrent l'état psychique comme subordonné à la chorée, la manie était de nature choréique. Mairét déclare erronée cette interprétation pathogénique, car si dans certains cas les troubles choréiques ont précédé l'apparition de la psychose, dans les autres cas mentionnés le délire et la chorée ont apparu en même temps ou même le délire avait précédé la chorée. On ne peut donc subordonner à la chorée des troubles psychiques qui apparaissent en même temps qu'elle, parfois avant elle.

Tous les cas de manie choréique publiés s'étant produits pendant la période pubérale, entre 19 et 22 ans, il y a lieu de penser que la puberté a pu entrer en ligne de compte dans la pathogénie; en effet, tous les auteurs mentionnent à la fois de l'anémie, un état chlorotique, des règles peu abondantes, etc. qui indiquent que la maladie s'est réalisée en pleine crise pubérale. Unissant la forme simple et la forme hallucinatoire, Mairét déclare que *la manie choréique qui se développe dans le cours de la puberté est de nature pubérale*.

L'examen des malades atteints de manie choréique prouve que l'action de la puberté est aidée par une *prédisposition héréditaire ou acquise*. La première de ces prédispositions peut être mentale ou nerveuse; à cette dernière prédisposition se mêle assez souvent l'hérédité rhumatismale ou tout au moins arthritique. Dans l'examen des prédispositions acquises, Mairét a constaté des altérations du système nerveux à la suite de maladies aiguës compliquées d'accidents cérébraux. Quant aux *causes occasionnelles* de cette manie, on a relaté des *causes morales* (contrariété, chagrin, frayeur), la *suppression brusque de la menstruation*. Quant à l'influence du sexe, elle ne semble jusqu'ici jouer aucun rôle bien prononcé.

J. M.

Les troubles de l'esprit pendant les fiançailles, par le Dr SAVAGE
(*Journ. of ment. science*, 1888).

Ce genre de troubles de l'esprit est assez fréquent. Ces troubles peuvent exister à différents degrés, mais le plus souvent ils ne sont que l'exagération de l'état naturel des sentiments. D'après Savage, la plupart des gens, avant leur mariage, présentent un léger trouble moral en raison de la stimulation des fonctions sexuelles, rendues impossibles par les habitudes de la vie civilisée, et en raison des sentiments affectifs qui s'établissent entre les fiancés.

Le trouble mental est le résultat d'une concentration inconsciente des sentiments et des émotions vers les organes reproducteurs. Un simple contact, la présentation de la main du fiancé, peut donner à la fiancée des sensations nouvelles, même affaiblir le moral, produire des idées immorales. Il est même des jeunes personnes qui en sont contrariées, qui se croient déshonorées, qui prennent alors leur fiancé en aversion.

L'homme chaste pendant le temps de ses fiançailles, peut souffrir d'une excitation génitale, avoir des pertes séminales et craindre qu'il ne devienne impuissant. Ce trouble émotif est normal et généralement transitoire; s'il persiste, l'individu peut devenir malade dans ses facultés affectives ou dans ses facultés intellectuelles.

Cet état morbide, assez fréquent chez les jeunes gens, se rencontre chez les onanistes, mais surtout chez ceux qui observent la continence et spécialement chez les membres des familles névropathes. Savage ne l'a jamais rencontré chez les veufs et les veuves et l'a constaté essentiellement chez les personnes des deux sexes, de trente ans et au delà. Il a également observé que l'état morbide pouvait se reproduire plusieurs fois chez la même personne.

La maladie peut débiter brusquement ou progressivement; elle peut se borner à un simple trouble émotif, ou devenir une véritable aliénation mentale, avec idées délirantes, etc. Généralement les symptômes sont de nature mélancolique; le malade se concentre sur lui-même; il peut avoir des idées de suicide.

Voici la marche habituelle de cette maladie :

Un jeune homme de conduite irréprochable se trouve fiancé à une jeune fille qui lui convient en tous points. Pendant quelque temps les fiançailles marchent d'une manière irréprochable. Mais bientôt le jeune homme devient irritable tout en remplissant bien ses devoirs; il est ennuyé, se fatigue vite, devient triste, très sensible à la moindre chose, se plaint d'un poids ou d'une douleur dans la tête, il est incapable de faire un travail intellectuel sérieux. Il est troublé par des rêves non seulement en raison d'une insomnie mais parce qu'il est tourmenté de pénibles pensées.

Ce malade a recours à des calmants, et surtout au chloral. Mais le sommeil qu'il produit, n'empêche pas le malade de tomber dans un épuisement de plus en plus grand. Il souffre d'une dyspepsie, d'une constipation, d'une anémie progressive. La distraction le calme temporairement, mais au retour dans le même milieu, la reprise des anciennes relations amène promptement une rechute. C'est dans de pareilles circonstances que souvent le jeune homme rompt ses engagements, parfois d'une manière outrageante.

Le malade peut s'améliorer; mais parfois son état s'aggrave, il désespère, il veut se suicider. Il perd tout sentiment affectif, l'insomnie augmente, il devient incapable à tout travail. Il peut survenir des accidents émotifs, des accès d'hystérie; être porté à dire des injures, à tenir des propos inconvenants.

D'autres fois il peut être porté à suspecter sa fiancée et la jalousie que ce sentiment fait naître, peut donner lieu à des idées d'homicide. La rupture de l'engagement est alors à conseiller, au moins pour quelque temps. Ce trouble normal, dit Savage, peut s'améliorer, même disparaître en éloignant les causes qui y ont donné lieu. L'auteur ne recommande jamais dans ce cas l'amour illicite tant au point de vue moral qu'au point de vue médical. Les rapports sexuels ne feraient qu'augmenter la dépression morale et physique.

Savage recommande la séparation, le changement de milieu pendant 3 à 6 mois; il insiste spécialement sur les voyages en mer. Si, après guérison, l'engagement est renouvelé, on recommandera le mariage dans le plus bref délai. Toutefois par le mariage on risque encore l'impuissance ou le développement d'une antipathie invincible; de plus le sentiment de l'impuissance peut engendrer l'idée du suicide. Savage a vu des hommes où l'idée de suicide s'est développée au moment où de vulgaires appétits sexuels faisaient place à un amour pur. Cela peut se produire chez le viveur qui, revenu à un sentiment purement idéal, se met à croire qu'il a perdu toute aptitude génitale.

Chez la femme il peut se produire des phénomènes analogues, mais à aspect féminin. Ainsi, une jeune fille est fiancée, mais les caresses de son fiancé la troublent; elle croit qu'elle n'est plus chaste; elle subit une émotion contraire à son rêve d'amour idéal! Elle croit que c'est un sentiment bas, au lieu d'un véritable amour. Elle devient inquiète, perd son sommeil et après un certain temps, sous un prétexte quelconque, elle rompt son engagement. Aussi bien que chez l'homme, cette rupture peut produire un soulagement et faire croire qu'elle était dans le vrai, qu'elle était incapable d'aimer son fiancé. Cette période de trouble peut être accompagnée de symptômes du côté de la menstruation, métrorragie ou aménorrhée, de dyspepsie, de constipation, d'anémie.

Cet état de choses peut être suivi d'une mélancolie ; elle se croit suspecte, elle croit avoir réduit son fiancé au désespoir, il survient même des idées de suicide, surtout si la mélancolie affecte la forme religieuse. Malheureusement ces malades sont souvent considérées comme de pures hystériques.

Dans d'autres cas le mariage fût recommandé pour la guérison de cette soi-disant hystérie. Savage en cite un exemple : Le jeune homme avait à éviter toute visite pendant quelques semaines et quelque temps après, le mariage fut célébré. Mais dans quelles conditions ? La jeune épouse refusa les approches de son mari. Rien ne put la convaincre des nouveaux devoirs qu'elle avait à remplir. Elle retourna chez sa mère et devint mélancolique. Le mari intenta un procès en nullité de mariage et eût gain de cause. — L'auteur rapporte un autre cas où la jeune femme refusa de voir son mari ; devenue lypémanique, elle fut internée dans un asile où la mélancolie fit place à une manie de forme érotique et au cours de laquelle le mariage fut consommé. La manie céda mais la guérison se fit attendre longtemps. Une instance en nullité de mariage n'eut aucun succès, le mariage ayant été consommé. Dans tous les cas observés par Savage, les femmes qui avant leur mariage avaient présenté ce trouble moral, avaient résisté à l'accomplissement du devoir conjugal. De graves dangers, lypémanie aiguë suivie de démence ou antipathie persistante, peuvent suivre l'acte conjugal, surtout s'il est obtenue par la violence.

Le pronostic d'après Savage est très favorable et la guérison serait certaine si la maladie est traitée convenablement.

J. M.

Contribution à l'étude des psychoses périodiques, par MENDEL
(*Neurol. Centralbl.*, 1889).

On divise actuellement les psychoses périodiques, en 3 types : la manie périodique, la mélancolie périodique, le délire hallucinatoire périodique. Mendel propose d'y ajouter un nouveau type : la paranoïa périodique (délire systématisé périodique). Il en cite trois cas :

1. Marchand, 23 ans, sans tare héréditaire ; depuis 5 ans, accès qui reviennent régulièrement après des intervalles de 4 mois. Le premier fut en rapport avec des désagréments commerciaux. Début de l'accès par de l'insomnie, des congestions céphaliques ; alors apparaissent des hallucinations de l'ouïe, des idées de persécution et de grandeur ; pas d'agitation motrice. Sensation sucrée dans la bouche se rattachant peut-être à un léger degré de glycosurie passa-

gère — lysis après 3 à 4 semaines. — Dans les intervalles, conscience complète de ce qui s'est passé pendant l'accès.

2. Jeune fille de 25 ans; mère très irritable et nerveuse; tous les ans deux accès durant de 3 à 4 mois. — Début par des hallucinations de la vue, de l'ouïe, de l'odorat. Les idées délirantes ont le caractère suivant : l'empereur la poursuit, elle est princesse, mais n'a pas le rang qui lui revient; il y a en substitution d'enfant à sa naissance. — En général terminaison brusque des accès.

3. Veuve de 51 ans; tare héréditaire; a eu 4 accès, le 1^r au printemps de l'année 1884 et qui a duré 8 mois; le 2^d en février 1885 pendant 3 mois; le 3^e en février 1886; le 4^e de novembre 1886 à avril 1887. — Pendant les accès, illusions de l'ouïe et de la vue, de l'odorat; idées d'empoisonnement; elle est la fille de l'empereur; on lui a changé ses enfants; celle que l'on croit sa mère ne l'est pas en réalité; on l'épie continuellement. Pas d'agitation motrice. — Terminaison brusque des accès.

Dans les 3 cas, pronostic défavorable comme dans toute folie périodique.

J. D. B.

Délirium tremens chez un enfant, par COLM (*Neurol. Centralbl.*, 1889).

Un enfant de 5 ans, de bonne constitution fut renversé par une voiture et conduit à l'hôpital pour une fracture de cuisse. Le lendemain, il fut pris de délire alcoolique typique, avec tremblement très prononcé. L'administration de 0.50 d'hydrate de chloral provoqua le sommeil et, 24 heures après, le délire avait disparu. La fracture guérit bien. Cet enfant, dont le père tenait un cabaret, buvait chaque jour avec son grand-père un verre de genièvre; avec sa mère un verre de vin de Hongrie; outre cela, ça et là encore un verre de bière et un verre de genièvre.

J. D. B.

Tentative d'assassinat par un dégénéré psychique, par M. MOTET (*Soc. de méd. lég. de France*, 1889).

Il s'agit de l'individu qui, dernièrement, a tenté d'assassiner un employé de l'ambassade d'Allemagne. G... est fils d'une mère alcoolisée, lui-même nerveux, bizarre, dipsomane en de certaines périodes de son existence et enclin à se livrer aux aventures les moins suivies. Sa conduite et ses entreprises folles l'éloignèrent peu à peu de toute sa famille, et sa vie fut de plus en plus celle d'un maniaque parfois dangereux.

Il appartenait donc, par ses antécédents héréditaires et personnels, au type bien connu des dégénérés psychiques. Ses révasculationnelles, orientées plus tard vers une idée fixe, ont abouti à l'acte délictueux qui a déterminé son arrestation et son examen médico-légal.

Deux faits paraissent avoir influé d'une façon particulière sur cette détermination. Le premier fait est une agression nocturne, au cours de laquelle il reçut un coup sur le crâne, qui laissa persister à sa suite de fréquentes douleurs de tête. On sait l'influence des traumatismes sur le développement des psychoses; il est donc à penser que son accident a joué ici un rôle important.

Le second fait qui a préparé sa détermination impulsive, est la grande misère qui a certainement entraîné G... à commettre la tentative d'assassinat pour laquelle il fut arrêté. Il a avoué en effet qu'il s'était décidé à faire le coup dans l'espoir de sortir de sa situation misérable.

Notre conclusion est que G... est un de ces aliénés héréditaires contre lesquels la société doit se défendre; car, laissés libres, ils recommencent toujours des tentatives criminelles semblables à celle qui ont déterminé leur arrestation. Il est nécessaire par conséquent, de maintenir G... dans un asile d'aliénés ou sous une étroite surveillance.

Le cocaïnisme, par M. SAURY (*Ann. médico-psychol.*, 1889).

L'auteur rapporte trois observations de ce nouveau genre d'intoxication et les fait suivre des conclusions suivantes :

Ses trois malades ont pu s'injecter impunément, durant plusieurs années, des doses parfois considérables de morphine. Les accidents observés n'ont éclaté qu'à la suite de l'emploi de la cocaïne, pour disparaître avec la suppression complète, ou s'amender avec la simple diminution de cette substance. Il est certain que la cocaïne reste seule en cause dans la production des troubles intellectuels, moteurs et sensitifs. Le délire cocaïnique participe des caractères généraux des folies par intoxication. Il présente cependant un certain nombre d'attributs qui permettent de le distinguer; il exerce une action excitante sur la couche corticale des hémisphères, principalement sur les régions postérieure et moyenne (centres sensoriels et psycho-moteurs) et un pouvoir d'arrêt sur le fonctionnement des extrémités nerveuses sensibles. Saury résume les caractères du délire comme suit :

A. — C'est un délire essentiellement hallucinatoire. Le trouble des idées n'est jamais primitif, il se greffe constamment sur les troubles sensoriels (illusions et hallucinations).

B. — Tous les sens peuvent être affectés, mais ils le sont d'une manière inégale. Les troubles de la sensibilité générale accusent une prédominance marquée. Après eux, les hallucinations de la vue, également très actives, paraissent l'emporter, en degré et en fréquence, sur les hallucinations de l'ouïe, et celles-ci à leur tour sur les hallucinations de l'odorat et du goût.

C. — Les troubles sensoriels sont pénibles, multiples et mobiles, comme ceux de l'alcoolisme, mais avec moins d'intensité, de persistance et de variété. La phase de suractivité fonctionnelle qui précède leur apparition, peut donc être comparée à l'ivresse alcoolique.

D. — Les phénomènes délirants s'accompagnent de désordres : 1° de la sensibilité périphérique (algésies totales ou partielles, troubles inhibitoires de la vision, de l'audition, etc.); — 2° de la motricité (hyperexcitabilité musculaire, convulsions, attaques épileptiformes). Ces derniers accidents rapprocheraient particulièrement le cocaïnisme de l'alcoolisme absinthique.

La lecture de ce travail à la Société médico-psychologique fut suivie d'une discussion. M. Séglas fit observer que déjà en 1886 Erlenmeyer distinguait deux formes de cocaïnomanie, isolée ou associée à la morphinomanie et rapportées dans notre Bulletin de 1888, p. 376. L'auteur confirme ainsi les observations du médecin allemand ainsi que celle de Heimann mentionnées p. 276 (1888) de notre publication et de Paul Garnier qui figurent dans le compte-rendu du Congrès de phrénopathie d'Anvers (1885). Les cas rapportés par Garnier se rattachent à la seconde forme de Erlenmeyer et que cet auteur désigne sous le nom de *morphino-cocaïnomanie*, une combinaison de deux états toxiques, une nouvelle affection hybride dont le pronostic, d'après Pichon, serait toujours fatal.

J. M.

Observations d'une femme devenue aliénée à la suite de pratiques d'hypnotisme, par M. LWOFF (*Ann. médico-psych.*, 1889).

L'auteur a déjà rapporté dans la *Revue de l'hypnotisme* (avril 1888) l'histoire d'une femme devenue aliénée à la suite des pratiques d'hypnotisme. Voici l'histoire du second cas :

M^{me} L... (Marie), 37 ans, couturière, entre à l'asile de Villejuif, le 25 mars 1888.

Antécédents héréditaires : Père mort à l'âge de 72 ans, a eu des hémorragies cérébrales. Pas d'autres antécédents morbides.

La malade vivait maritalement avec un nommé A... Étant enfant, M^{me} L... se levait quelquefois la nuit pour se promener dans sa chambre. A ses 14 ans, la malade a eu un enfant.

A 23 ans, M^{me} L... a eu une « attaque de nerfs » pour la première fois et, depuis, elle en a eu une tous les trois ou quatre mois.

M^{me} L..., à part ses attaques, a toujours eu une bonne santé, un caractère très doux et égal.

Au mois d'août 1886, elle s'installe avec M. A... dans un logement à Lyon.

Parmi les locataires, il y avait là un nommé B..., qui se livrait à l'exercice illégal de la médecine. Il lia presque aussitôt connaissance avec notre malade et s'en servit pour ses consultations.

Pour s'assurer de son pouvoir hypnotique sur elle, il l'endormit à plusieurs reprises et s'aperçut qu'il en pouvait tirer profit.

Plusieurs fois dans la journée il envoyait chercher M^{me} L... La malade montait chez lui; il la mettait alors en présence d'un de ses clients atteint d'une paralysie par exemple, et la présentait comme une somnambule extra-lucide devant faire le diagnostic, le pronostic et le traitement. Il l'endormait par la fixation du regard. Pour les grandes occasions, il avait dans sa chambre (masquée par un placard) une chapelle qui apparaissait subitement illuminée et M^{me} L... tombait alors en extase. L'hypnotiseur invoquait toujours le ciel et la religion pour mieux subjuguier son sujet.

M^{me} L... était hypnotisée 3, 4, 5 fois dans la journée. Elle ne disait rien d'abord à son amant; mais ce dernier s'étant aperçu que sa maîtresse devenait de plus en plus bizarre et en ayant trouvé la cause, il lui défendit de revoir B... Mais la malade avait perdu toute force de résistance; elle pouvait refuser à la bonne qui venait la chercher; mais quand B... venait en personne l'exhorter, au nom du ciel, de persévérer dans la voie qui lui était tracée, elle tombait dans un état d'hébétéude profonde et exécutait automatiquement ce qu'on voulait d'elle.

Ces pratiques durèrent 4 mois. L'intelligence de la malade s'affaiblissait tous les jours, elle s'endormait chaque fois que son regard restait fixé quelques instants sur un objet; dans la rue il lui est même arrivé de tomber en catalepsie sous l'influence du reflet lumineux d'un verre de lunette. Les attaques d'hystérie devenaient fréquentes et vers la fin elle est tombée en état de mal hystérique. Elle perdait la mémoire, répétait plusieurs fois la même chose et commençait à divaguer. Son état physique devenait inquiétant elle maigrissait de plus en plus. Les derniers jours elle disait qu'elle se sentait paralysée, qu'elle ne pouvait plus marcher et finalement elle s'alite. Elle ne peut plus se lever, répète toujours qu'elle va mourir; elle a des soubresauts, des peurs, des frayeurs sans motif. Elle ne dort pas, elle parle sans s'arrêter, ses phrases sont incompréhensibles, elle a des hallucinations, en un mot elle délire.

On fait venir le Dr R... qui constate une paralysie hystérique; il décide de laisser entrer B... ou ses acolytes et lui prescrit un régime.

Au bout d'un mois, la malade reprend des forces, peut se lever et marcher. On la place à l'hôpital, où elle reste jusqu'au 11 juillet 1887. Elle en sort rétablie physiquement, mais sa raison est toujours malade. Au bout de quelques jours elle part pour Paris sans savoir pourquoi, ni sans rien dire à son amant. Bientôt après son arrivée, elle est arrêtée se livrant à des actes extravagants dans la rue et amenée au dépôt de l'infirmerie.

Voici le certificat rédigé par le docteur P. Garnier :

« Hystéro-épilepsie, troubles névropathiques graves, attaques
« convulsives, périodes d'extase, somnambulisme spontané, dédou-
« blement de la personnalité, amnésie, actes automatiques et
« inconscients. Arrivée de Lyon à Paris depuis huit jours, elle croit
« se trouver dans la première de ces villes; par le simple regard
« elle est plongée en état d'hypnotisme et est suggestible. »

Le certificat est confirmé par M. Magnan.

Transférée à Villejuif (mars 1888), on constate ce qui suit : regard hébété, vague, regard commun d'ailleurs à beaucoup de sujets qui ont été soumis à des pratiques exagérées d'hypnotisme; conscience incomplète de son état, raconte cependant quelques traits saillants de son histoire, tout en embrouillant les dates et les lieux; cherche ses idées, n'est pas capable de fixer son attention sur un sujet; récrimine contre ses compagnes, suscite des querelles et se prétend persécutée par les malades et la surveillante.

Hémianesthésie gauche avec rétrécissement du champ visuel. Nous réussissons à l'endormir en y mettant un temps assez long. Elle n'est pas suggestible.

A son réveil, L... est frappée d'une attaque semblable à ses attaques antérieures; elle pousse un cri, se raidit, tombe et fait quelques mouvements convulsifs.

Pendant son séjour à Villejuif (7 mois), elle n'a eu que quatre ou cinq attaques du même genre.

Son histoire ultérieure est brève. Elle va de mieux en mieux et, sous l'influence du meilleur des médicaments, c'est-à-dire d'un travail régulier, elle se calme peu à peu. Bientôt elle ne suscite plus d'animosité, ne se plaint plus. Ses idées devenant de plus en plus nettes, elle commence à nous raconter ses pérégrinations d'une façon à peu près satisfaisante. Son intelligence, il est vrai, laisse toujours à désirer, mais il n'y a pas de lacunes ni de faux pas inconscients.

La sensibilité était revenue et une tentative pour l'hypnotiser n'a pu l'endormir.

Son champ visuel, diminué à son entrée, est redevenu normal. Elle est guérie; et, cependant, tous ceux qui connaissent les aliénés pourront dire qu'elle est en imminence de danger et qu'au moindre choc elle pourra retomber.

J. M.

L'hypnotisme à l'Académie royale de Médecine de Belgique,
par le D^r CUYLITS ⁽¹⁾.

Passant aux services que peut rendre l'hypnotisme, il rappelle qu'ils ont été fort bien exposés par M. Masoin dans son remarquable rapport. Il en reprend à son tour l'énumération et cite les cas où ses malades en ont bénéficié, notamment dans les troubles digestifs d'origine nerveuse, certaines perturbations respiratoires ou circulatoires, dyspnée, palpitations, etc., dans des affections nerveuses sans lésions appréciables, l'hystérie, les névralgies essentielles, les névroses thoraciques ou abdominales. Il a aussi de cette manière, combattu avec succès des accès de goutte, la douleur provoquée par une carie dentaire. Des hémorragies ne se rattachant pas à une lésion appréciable ont guéri de même. Il cite sous ce rapport un exemple bien intéressant que nous transcrivons : au cours d'un état somnambulique provoqué, une jeune fille, prise d'hématémèse, s'adresse au magnétiseur et lui dit : « Arrêtez donc cette hémorragie. Mais comment? Ne voyez-vous pas, dit-elle en indiquant la région épigastrique, un petit jet de sang qui sort? Appliquez-y votre doigt. » Le magnétiseur applique perpendiculairement le doigt indicateur sur la région épigastrique; au bout de quelques moments la malade lui dit : « c'est fini. » Le vomissement de sang était, en effet, arrêté.

Il signale ensuite les dangers tant pour l'hypnotiseur, que pour l'hypnotisé et pour la société et formule les deux propositions suivantes comme conclusions pratiques de son étude :

1. Il est désirable que l'hypnotisme continue à être l'objet d'une étude assidue.

2. La pratique de l'hypnotisme doit être réservée à des mains habiles et prudentes. Les représentations doivent en être interdites.

M. *Nuel* pense que des considérations d'ordre moral ne peuvent avoir qu'une importance secondaire à l'Académie de médecine. Au point de vue moral du reste, l'interdiction serait une faute; quant

(1) Suite. — Voir *Bulletin de la Société de Médecine mentale de Belgique*, n° 52, p. 111.

aux considérations d'ordre médical, elles ne fournissent pas d'argument probant pour l'interdiction.

Les exemples cités par M. Masoin n'ont pas à son sens, une valeur suffisante, surtout quand il s'agit de ceux puisés à l'étranger. L'autorité la plus marquante, celle dont on fait le plus d'état est celle du D^r Lombroso. Eh bien, il semble impossible après les polémiques et les protestations qui se sont produites, en partie de la part des hypnotisés eux-mêmes, de ne pas être méfiant à l'égard d'un auteur dont plusieurs histoires portent le cachet d'une exagération manifeste, dont d'autres sont à peu près fausses, et qui a si peu gardé son sang-froid vis-à-vis du magnétisme qu'il a osé écrire qu'un sujet, jusque-là ignorant de la langue allemande, l'aurait possédée parfaitement dans l'hypnose dans laquelle lui, Lombroso, le mettait !

Il a vu une lettre du D^r Morselli, dans laquelle cet honorable confrère parle du célèbre officier dont les manifestations morbides du côté du système nerveux sont mises par M. Lombroso sur le compte des représentations publiques de Donato. Or cet officier n'a pas été hypnotisé par Donato, mais bien par un jeune homme en séance privée.

De même un jeune homme, parfaitement honnête, qui au dire de Lombroso, aurait eu le sens moral perverti à la suite d'une hypnotisation de Donato, n'a jamais réussi à être hypnotisé par celui-ci. Une histoire analogue racontée par M. Lombroso, est celle de l'employé de chemin de fer. Or, ce jeune homme a eu des convulsions depuis son enfance comme lui-même le déclare, ainsi que le D^r Morselli, qui l'a traité. Le jour où M. Lombroso le déclarait fou à lier, il allait seul en congé, par chemin de fer, parfaitement normal.

M. Nuel admet que tout le monde peut être hypnotisé, pourvu que le sujet y mette de la bonne volonté et que le magnétiseur soit adroit.

Le rapport fait aussi grand état de l'autorité de M. Charcot. Or l'expérience montre bien qu'il ne faut pas s'incliner devant ce qu'on est convenu d'appeler les autorités. M. Charcot avait cru, il y a longtemps de cela, que chaque hémisphère cérébral était relié aux éléments rétiniens d'un seul œil. Le contraire est démontré depuis longtemps. Cela n'empêche pas la plupart des publications françaises de raisonner uniquement dans l'hypothèse de M. Charcot.

Pourquoi du reste ne pas citer les noms de ceux qui sont partisans des représentations publiques, MM. Liébault, Bernheim et Beaunis. A Vienne comme à Nancy on s'est déjà déjugé. Il reconnaît que l'hypnotisation peut être préjudiciable aux enfants et aux névro-

siques, surtout par la maladresse des hypnotiseurs, mais ces cas se présenteraient surtout dans les séances privées.

Si d'une part les griefs médicaux se réduisent à un peu plus que rien, d'autre part il n'y aurait pas grand mal à supprimer désormais les représentations publiques puisque, grâce à elles, l'attention et la conviction des médecins sont forcées. Il aborde ensuite le côté moral de la question. L'Académie ne devrait pas s'en occuper. L'hypnotisation, il est vrai, aliène la liberté individuelle, mais il n'est inscrit nulle part dans notre législation, qu'on ne peut pas aliéner sa liberté. Les crimes commis sous l'empire de l'hypnotisation sont impossibles dans les séances publiques. Celles-ci prémunissent le public contre les dangers de l'hypnotisation. M. Nuel croit que le sujet hypnotisé peut toujours refuser de se laisser hypnotiser. Jusqu'à présent les crimes commis par suggestion ne se rencontrent que dans les romans de Claretie. Les crimes simulés dans les représentations ne prouvent rien, les sujets raisonnant parfaitement leur situation dans l'hypnose.

L'interdiction des séances publiques produirait une recrudescence des séances privées; on ne pourrait pas, en effet, supprimer par un ukase l'intérêt qui s'attache aux pratiques hypnotiques.

Le rapport voudrait laisser à l'hypnotisme un refuge naturel et honorable dans les laboratoires ou dans les hôpitaux et tend à établir des titres historiques à cette prise de possession. Mais le corps médical ne s'en est jamais occupé qu'à son corps défendant et seulement alors que l'évidence crevait les yeux. Heidenhain est le premier savant qui se déclare converti à l'hypnotisme et il l'est par Hansen. L'Association britannique à Manchester refuse d'entendre la lecture de l'œuvre de Braid. L'hypnotisme est redevable à des non-médecins de sa reconnaissance et de la démonstration de ses phénomènes fondamentaux. Ces phénomènes ont servi à envisager plus sainement les manifestations hystériques. En résumé, au double point de vue de l'hygiène et de la morale publiques, rien ne justifie la mesure de rigueur préconisée contre les représentations publiques d'hypnotisme.

Séance du 26 mai 1888.

M. Kuborn fait ressortir l'incontestable supériorité de l'hypnotisme sur les agents anesthésiques habituels. L'hypnotisme, depuis un siècle, a été appliqué des milliers et des milliers de fois et on ne signale pas le moindre accident mortel.

Dans la seconde partie de son discours, M. Kuborn s'efforce de démontrer que ce n'est pas l'hypnotisme qui façonne les névropathes. Ce sont les névropathes, les névrosiques qui révèlent leur

état par une explosion sous l'influence d'un spectacle émouvant capable d'ébranler un système nerveux en équilibre instable. Ce qui engendre la névropathie, ce sont les conditions sociales actuelles, politique, affaires, surmenement intellectuel, ambition démesurée, lectures romanesques, etc. Une plaie non moins grande de notre époque, c'est l'alcoolisme et l'hystérie peut y conduire; mais l'hystérie est souvent sobre.

Dans la 3^{me} partie de son travail, M. Kuborn examine si l'hypnotisme est une névrose, comme le rapport veut l'établir. Il ne le croit pas. Deux caractères essentiels manquent à cette soi-disant névrose, la contagiosité et l'hérédité. Le D^r Morselli est aussi de cet avis. Qu'est-ce donc que cet état étrange? Pas plus que M. Masoin, il ne le déterminera. Enfin est-il vrai que la suggestion fait courir des dangers à la morale? Non, car à ses yeux, il reste démontré, qu'en dehors d'une *hypnose très profonde*, la conscience et la volonté ne sont pas absentes; affaiblies oui, anéanties non.

Il conclut 1^o qu'il est désirable que l'hypnotisme continue à être étudié comme instrument d'investigations scientifiques, comme agent de thérapeutique; 2^o que réservant les conclusions du rapport, il convient que l'Académie charge une commission spéciale de suivre et d'étudier les faits d'hypnotisme qui parviendraient à sa connaissance et de provoquer elle-même les expérimentations propres à conduire à des conclusions scientifiques et pratiques.

M. Guérmonprez, correspondant, venu de Lille pour prendre part au débat, désire appuyer les conclusions de la commission. Il ne saurait admettre, avec M. Nuel, que les choses de la morale ne sont pas de la compétence médicale. Le médecin remplit une fonction sociale qui le met sans cesse aux prises avec les difficultés de la morale publique et de la morale privée. Quand il faut trouver quelqu'un qui soit par sa fonction sociale une sorte de personification toujours sauvegardée, quelque chose comme un dernier refuge auquel aboutissent le respect et l'estime de tous, c'est le médecin auquel on s'adresse. On a affirmé qu'il n'y avait guère d'accidents, pas de mort, attribuables à l'hypnotisme. Des faits signalés par M. Gilles de la Tourette, et que l'orateur rappelle, témoignent du contraire. M. Richet, de Paris, en rapporte aussi. M. Charcot et le prof. Azam, de Bordeaux, lui en fournissent d'autres exemples.

Il cite encore les cas rapportés par M. Pitres, doyen de la faculté de médecine de Bordeaux et un fait rapporté par le D^r Carpignon dès 1848. Ceux qui manient le magnétisme sont-ils plus à l'abri d'accidents que d'autres? M. Cavaillon fournit dans son livre la preuve du contraire. Il croit avec M. Beaunis de Nancy que le vrai danger c'est d'asservir le sujet à l'expérimentateur.

Contrairement à M. Kuborn, il affirme qu'il existe des névroses qui ne sont ni contagieuses ni héréditaires. De même qu'il appartient à la médecine d'atténuer l'aliénation mentale quand elle ne peut la guérir, de l'empêcher, de la prévenir par tous les moyens possibles, de même il lui appartient de s'essayer à sauvegarder le libre arbitre du prochain.

En empêchant les séances publiques d'hypnotisme, on diminuera par cela même les séances privées et on arrêtera les dangers qui se multiplient.

M. Semal, avant de prendre position dans le débat et de conclure dans un sens ou l'autre, croit devoir discuter une série de propositions qui forment autant de chapitres dans son étude. Nous les analyserons successivement.

A. *De quelle nature est le sommeil hypnotique, naturel ou morbide ?*

Le sommeil, qui n'est du reste pas indispensable à la production des phénomènes hypnotiques constitue seulement l'état favorable à l'établissement d'une aptitude qui domine entièrement la situation, la *suggestibilité* du sujet. En dehors de cette condition, il n'y a pas hypnose, y eut-il même sommeil, et celui-ci doit, en somme, être considéré comme le résultat primordial de la suggestion. C'est pourquoi il est inexact de comparer le sommeil normal au sommeil hypnotique; ils n'ont de commun que le fait même de dormir, ce qui n'a même pas toujours lieu.

2° C'est en forçant encore l'analogie qu'on arrive à assimiler l'état mental dans l'hypnose avec un rêve ordinaire. Dans le rêve, l'illusion est complète et il n'y a plus de relations entre le dormeur et le monde extérieur.

Dans le rêve hypnotique, la perversion subsiste et se localise dans une région qui accapare à elle seule toute l'activité cérébrale. L'agent auquel l'hypnotisé reste sensible, c'est la suggestion aboutissant toujours à la fixité d'une idée ou de plusieurs idées associées.

3° Au point de vue psychologique, il n'existe aucune différence appréciable entre l'hallucination dans certaines affections mentales et celle qui se développe pendant l'hypnose. Toutes deux déterminent des actes.

Conclusions : l'hypnotisé présente l'état mental de l'halluciné morbide. On peut comparer l'hypnose à une psychose. C'est une *psychose expérimentale*. Ce n'est pas une névrose, puisqu'elle est dépourvue dans la généralité des cas, des phénomènes somatiques qui caractérisent les névroses.

B. *De l'état de la mémoire dans l'hypnose.*

Sous ce rapport ce qu'il importe, c'est de savoir si le sujet a

conservé ou perdu au réveil le souvenir de ce qui s'est passé dans l'hypnose dont il vient de sortir.

M. Semal rappelle que tous les auteurs, tous les hypnotiseurs admettent que l'oubli au réveil est de règle, sans être cependant fatal mais qu'au gré de l'hypnotiseur il peut être imposé ou n'atteindre que certaines limites. Telle est l'opinion de MM. Binet et Féré, telle est celle des observateurs de Nancy.

Seul, M. Delbœuf n'est pas de cet avis, mais c'est par un dressage particulier, par un mode d'éducation que ses hypnotisés conservent le souvenir de ce qu'ils ont ressenti. Mais celui qui abuse d'une inertie qu'il a fait naître en vue d'amener un innocent à devenir l'instrument de ses vengeances ou de ses convoitises ira-t-il volontairement et de propos délibéré fournir une arme puissante contre lui en ravivant le souvenir de sa victime? L'oubli au réveil reste la règle générale.

C. De la volonté dans l'hypnose.

Peut-on être malgré soi mis en état d'hypnose; une fois sous cette influence hypnotique conserve-t-on la liberté morale; et enfin au sortir peut-on résister à l'injonction faite dans le sommeil? Pour la 1^{re} question, il n'y a pas lieu d'être affirmatif; on peut tomber dans un piège et une seule défaite met à la merci du vainqueur. On peut donc être hypnotisé par surprise, si l'on est quelque peu suggestible.

Pendant l'hypnose, c'est encore la suggestibilité qui règnera despotiquement. A l'affirmation contraire de M. Delbœuf, M. Semal oppose l'opinion à lui transmise par M. Beaunis dans une lettre récente : « L'oubli au réveil et l'asservissement de la volonté sont des règles générales et les faits relatés par M. Delbœuf sont d'intéressantes exceptions. » Mais cet asservissement est-il assez complet pour arriver à la perpétration d'actes criminels délictueux ou tout au moins répréhensibles? C'est ce que nous dira l'étude.

D. De l'influence de l'hypnose sur la modalité morale du sujet.

Quel que soit le temps qui sépare la suggestion du moment de sa réalisation, on peut affirmer qu'à l'instant où il la réalise, le sujet est en état d'hypnose. Cette réminiscence de l'état hypnotique ne semble faire de doute pour personne.

M. Semal, pour établir ce point, laisse la parole à M. Liégeois. Il en ressort l'obéissance passive des hypnotisés; la seule réserve à faire, c'est que, dans l'exécution des ordres de l'opérateur, chaque sujet y apportera une conviction en rapport avec son idiosyncrasie morale. L'hypnose peut tout demander aux instincts et aux habitudes et par une culture appropriée les amener au summum d'intensité. Il est même permis de croire que certaines suggestions

hypnotiques pourraient faciliter l'évolution d'idées obsessionnelles ou délirantes chez des sujets prédisposés déjà à les subir.

E. *La faculté à entrer en sommeil hypnotique constitue-t-elle une prédisposition morbide et pouvant s'aggraver par le fait de l'hypnose?*

Il existe une susceptibilité spéciale à subir la suggestion, à céder à l'hypnose. Certains hommes doués de qualités artistiques ou intuitives brillantes sont souvent de grands enfants, essentiellement tributaires de la suggestion. Toute la série des *déséquilibrés*, aux qualités aussi brillantes que trompeuses, mais sans initiative et sans volonté, pour qui le moindre événement est prétexte et écart, subira la pression suggestive.

Puis vient toute la série de *dégénérés héréditaires* qui évolue entre l'originalité d'une part et la folie morale de l'autre, enfin celle des *instinctifs* chez qui le réveil des impulsions natives est surtout redoutable.

Dangers de la vulgarisation de l'hypnotisme. — Ces dangers ressortent des considérations précédentes. Puisque le sommeil hypnotique n'est pas absolument identique au sommeil normal, que l'oubli au réveil peut exister, que le sujet peut être asservi à son hypnotiseur, que la faculté à subir l'hypnose est déjà un indice de faiblesse morale et enfin que la suggestion hypnotique est susceptible d'éveiller les mauvaises tendances comme elle prétend éveiller les bonnes, on doit admettre la possibilité et l'existence des dangers et des complications fâcheuses qui résulteraient de l'exercice libre de l'hypnotisme.

Utilité de l'hypnotisme. — M. Semal l'envisage surtout au point de vue de la thérapeutique des maladies mentales.

En provoquant un état mental ayant avec celui dont on sollicite l'affaiblissement ou la disparition le moins de points de contact possible, on pourra progressivement rétablir l'assuétude physiologique et cela par *dérivation* puisqu'on déplacera la concentration psychique.

En utilisant quelques-uns des éléments constitutifs d'un délire systématisé pour en établir un autre qui soit de nature à disparaître facilement, on opérera une sorte de substitution au lieu même où la concentration psychique s'était localisée. Enfin, comme il est reconnu que de deux états de conscience existant ensemble, mais non dans le même lieu, le plus fort obscurcit l'autre, on pourra par *révulsion* obtenir l'amendement d'une obsession intellectuelle ou morale.

Ces vues théoriques sont personnelles à l'orateur. Il voudrait voir l'hypnotisme trouver accès au programme universitaire et il demande

qu'une décision intervienne pour ranger l'hypnotisme dans la catégorie des causes accidentelles et des artifices pouvant altérer les facultés et déterminer la perte de l'usage des sens, dont fait mention l'article 375 du code pénal belge.

Séance du 28 juillet 1888.

D'après M. Crocq, les phénomènes de l'hypnotisme sont des phénomènes involontaires, automatiques, indépendants de l'action de l'intelligence, de l'action de la volonté; ce sont des actes instinctifs, des actes qui proviennent de l'extérieur. Non seulement les hommes, mais les animaux, et surtout ceux à système nerveux bien développé peuvent être hypnotisés.

M. Crocq croit que tous les hommes sont plus ou moins accessibles à l'hypnotisme et, contrairement à l'opinion émise par quelques orateurs, les hystériques seraient les sujets le plus facilement hypnotisables. Il considère comme identiques les phénomènes du somnambulisme artificiel et ceux du somnambulisme naturel.

Après avoir ramené les phénomènes de l'hypnotisme à quatre catégories (le sommeil, la forme convulsive, le somnambulisme et la forme suggestive) il déclare admettre que le système nerveux peut présenter une tendance qui s'accroît de plus en plus par l'exercice et que les personnes hypnotisées deviennent de plus en plus aptes à se laisser impressionner, à subir sans résistance l'action de l'hypnotiseur.

Il combat l'avis de MM. Delbœuf et Kuborn « que l'hypnotisme n'offre guère d'inconvénient et qu'il est rare qu'il donne lieu à des accidents. » Le cerveau deviendrait passif; il y aurait augmentation des tendances instinctives de cet organe, un amoindrissement de la liberté. M. Crocq ne demande pas la proscription absolue de l'hypnotisme, mais celui-ci doit être pratiqué par des médecins, des savants qui veulent en faire une étude dans un but humanitaire.

Séance du 29 septembre 1888.

M. Gluge n'admet pas l'expression « magnétisme animal » les soi-disant « magnétiseurs » ne communiquant aucun fluide magnétique à leurs sujets. Il se rallie à l'opinion de ceux qui déclarent que l'emploi de l'hypnose n'est pas sans danger, aussi bien pour l'homme sain que pour l'homme malade; même le danger existerait pour l'hypnotiseur qui s'exalte et pousse ainsi son jugement. Braid d'ailleurs avait déjà affirmé ce fait. M. Gluge termine son discours en soutenant que l'hypnose est un état d'aliénation mentale artificielle.

Séance du 27 octobre 1888.

M. *Boddaert* déclare que la masse du public ignore les accidents résultant des manœuvres hypnotiques et qu'il revient au médecin d'établir jusqu'à quel point le trouble observé doit être rapporté à cette influence. Si dans la majorité des cas, dit-il, les sujets qui servent aux représentations publiques restent indemnes, il en est néanmoins qui en deviennent les victimes. De plus ces exhibitions hypnotiques font surgir des hypnotiseurs en sous-ordre qui manquent bien souvent du tact et de la prudence nécessaires à ce genre d'opérations. Ces séances d'amateurs à leur tour sont inexcusables et amènent inévitablement des inconvénients plus ou moins graves. — Pour M. *Boddaert*, les hypnotiseurs ne pourraient être utilisés que pour servir d'auxiliaires au médecin. Il termine son discours en espérant que l'Académie voudra bien se rallier aux propositions de ses commissaires. L'étude de l'hypnotisme, dit-il, appartient dorénavant, comme les autres connaissances humaines, aux psychologues, aux physiologistes, aux médecins; quant à son emploi en thérapeutique, il doit être réservé à ceux qui possèdent des connaissances médicales sérieuses ou tout au moins, être dirigés par eux.

M. *Nuel* croit pouvoir relever quelques propositions relatives à l'hypnotisme, dont la vérité semble, à son avis, se dégager des débats ouverts à l'Académie sur cette question.

Séance du 24 novembre 1888.

M. *Masoin* estime qu'il importe de revenir une dernière fois sur les dangers de l'hypnotisme et de les bien établir par des faits précis, puisque ce point, qui est le point capital du débat, a été contesté, contesté dans l'Académie par une opposition peu nombreuse d'ailleurs, contesté au dehors dans des conférences et par M. *Delbœuf* dans des articles de journaux.

Il maintient en cause les arguments de l'ordre moral; il fait voir qu'on a le droit de faire retomber sur les séances publiques les méfaits imputables aux séances privées : la séance publique, dit-il, peut se passer sans accidents immédiats; mais elle allume une espèce de fièvre hypnotique; elle fait germer en foule les séances privées; aussi une double conclusion s'impose : on doit fermer, comme une source dangereuse, les exhibitions publiques, et, d'autre part, on peut leur attribuer la responsabilité des abus qui surviennent dans les séances privées qu'elles ont fait éclore.

M. Masoin relève d'abord les dangers de l'ordre moral et en toute première ligne il inscrit les attentats aux mœurs. Il rapporte plusieurs cas de séductions, de viols, d'adultères, avec grossesse inconsciente, avec infection vénérienne, et il ajoute, d'accord avec MM. Crocq et Lefebvre, qu'à côté des faits qui sont arrivés à la publicité, il en est d'autres qui, pour diverses raisons, demeurent à jamais inconnus.

Sans aller jusqu'à produire des actes immoraux, le magnétisme établit entre l'hypnotiseur et son sujet une sympathie, moitié du cœur, moitié des sens, qui n'est point sans péril et sans inconvénient. Il expose à des confidences excessives ou dangereuses. Il peut servir à effectuer des rapt de personnes, et à ce sujet il invoque les observations du docteur Esdaile.

L'orateur aborde ensuite la question des crimes par suggestion lointaine; puis la question de savoir si notre législation est suffisante pour atteindre tous les abus de l'hypnose. A propos de ce dernier point, il appelle l'attention sur les expressions de *violences* et *menaces* employées aux art. 372 et 373 du Code pénal belge concernant les attentats aux mœurs, et il opine que ces deux expressions ne comprennent pas suffisamment les diverses manœuvres hypnotiques qui pourraient servir à consommer ces sortes d'attentats. Il insiste sur la nécessité de se tenir prêt à toute éventualité pour la répression des abus, et montre comment l'hypnotisme fait des apparitions plus fréquentes que jamais à la barre des tribunaux (cours d'assises de Mons et de Constantine. — Affaires de Céline Dessy et de Chambige).

M. Masoin rencontre l'objection qui consiste à soutenir que les hypnotisés sont des comédiens de complaisance ou de confiance qui n'iraient pas jusqu'au drame réel; il s'applique à démontrer, par une série de faits, que l'automatisme des sujets magnétisés constitue souvent une réalité positive et non pas une fiction d'expérience.

Il met encore à la charge de l'hypnotisme les méfaits ou accidents qui se produisent pendant l'état de somnambulisme spontané (vols, détournements, attentats aux mœurs, grossesses illégitimes, assassinats, suicides, etc.), qui souvent succèdent au somnambulisme artificiel.

M. Masoin appelle enfin l'attention sur l'inconvenance d'abdiquer, par l'hypnose, la volonté et la personnalité individuelles, alors même qu'on n'irait pas jusqu'à commettre des actes répréhensibles, délicieux ou criminels; il signale et affirme la possibilité des hypnotisations par surprise en invoquant le témoignage de certaines autorités et en produisant des faits inédits.

Se plaçant sur le terrain médical, M. Masoin estime que, *a priori* déjà, on ne saurait regarder comme inoffensives les pratiques de l'hypnotisme; il invoque à cet effet les résultats d'expériences qui montrent l'influence nuisible de l'hypnotisme sur les animaux (expériences de Harting et de H. Milne Edwards); il indique des faits d'observation positive, d'accidents relevés par les médecins comme effets des manœuvres hypnotiques; à ce propos, il défend M. Lombroso contre des attaques injustes dont il a été l'objet à l'occasion des relations d'accidents produits à la suite de représentations données en Italie.

M. Masoin jette alors un coup d'œil sur l'ensemble de la situation : il signale l'attitude sage prise par la presse belge, qui, presque unanimement, s'est prononcée contre les séances publiques d'hypnotisme; il fait ressortir l'unanimité de l'avis exprimé par les cinq commissaires chargés d'examiner la question pour l'Académie; il expose les aveux de MM. Kuborn et Nuel, qui reconnaissent à certains égards les dangers de l'hypnotisme; il rapporte l'opinion régnante dans les deux principaux foyers d'étude de l'hypnotisme, l'école de la Salpêtrière et l'école de Nancy; il enregistre les aveux des hypnotiseurs eux-mêmes; il dénonce l'existence d'un casier judiciaire à la charge de l'hypnotisme : nombreuses condamnations encourues par divers industriels de l'hypnotisme pour exercice illégal de l'art de guérir; condamnations du chef de diffamations, calomnies et surtout escroqueries; emprisonnement ou condamnation des victimes de l'hypnose; condamnation de Castellan et de Lévy pour viols; arrêts du tribunal correctionnel de Douai en 1859 et de Carlsruhe en 1888, frappant des hypnotiseurs qui avaient causé des accidents à leurs sujets. Il invoque les autorités (médecins, magistrats, philosophes, théologiens), qui dénoncent les dangers de l'hypnotisme, puis l'autorité des Sociétés savantes plus imposante encore. Il rencontre les objections formulées par ceux qui, tout en reconnaissant les périls de l'hypnotisme, ne sont pas d'avis qu'il faille en interdire les exhibitions publiques, qui sont même disposées, comme M. Delbœuf, à les patronner et les subsidier.

Il rappelle enfin que cette interdiction constitue, dès maintenant, un fait accompli en divers pays de l'Europe et réclame une mesure pareille pour la Belgique. Mais il constate que, au préalable, la question des dangers de l'hypnotisme doit être résolue affirmativement et avec autorité par l'Académie; car même à la Chambre des Représentants il a été affirmé par des hommes distingués de la Droite et de la Gauche, MM. Thonissen, Woeste et Houzeau de Lehaie, que la question demeure encore litigieuse, et qu'il appartient à la science médicale de la trancher.

M. Masoin termine en formulant les propositions suivantes :

1° Les pratiques de l'hypnotisme sont dangereuses au point de vue de la morale comme au point de vue de la santé ;

2° Il ne faut pas en faire un jeu de société (séances privées) ;

3° L'autorité ne doit pas en permettre les séances publiques ;

4° L'emploi du magnétisme animal comme moyen thérapeutique constitue dans les mains du public un cas d'exercice illégal de l'art de guérir et doit être soumis à répression ;

5° Il importe de s'assurer que notre législation est suffisamment armée pour atteindre tous les abus de l'hypnose, soit crimes, délits et contraventions par suggestion ou procuration, soit crimes, délits et contraventions par d'autres procédés hypnotiques, notamment les attentats aux mœurs commis pendant la période léthargique ; à cet égard, il faut appeler l'attention spéciale du législateur sur les articles 372 et 373 du Code pénal ;

6° Il y a lieu d'inviter les professeurs de l'enseignement universitaire, et surtout les membres de nos facultés de médecine, à fournir aux élèves des notions suffisantes sur l'hypnotisme, particulièrement au point de vue de la physiologie, de la pathologie, de la thérapeutique et de la médecine légale.

M. Rommelaere fait observer que la proposition qu'il a déposée tend à provoquer des mesures propres à remédier à tous les abus de l'hypnotisme et que la conclusion de la Commission à laquelle elle a été renvoyée est des plus limitées. Il estime qu'il y a lieu de prendre d'autres mesures, et c'est, dit-il, si bien une nécessité que M. le rapporteur lui-même l'a comprise, à la suite des débats, et qu'il vient de terminer son discours en formulant une série de conclusions étrangères à la prohibition des séances publiques. Il dépose donc l'amendement suivant :

« L'Académie royale de médecine de Belgique, considérant les inconvénients et les dangers de la pratique vulgarisée de l'hypnotisme,

» Estime qu'il y a lieu de solliciter de la législature des dispositions tendant à :

» 1° Interdire les représentations publiques d'hypnotisme ;

» 2° Prévenir et réprimer les abus qui peuvent résulter de la pratique de l'hypnotisme. »

Cet amendement est adopté à l'unanimité, moins deux voix.

Coexistence de l'hystérie et d'une variété spéciale d'onomatomanie (écholalie mentale), par M. SÉGLAS.

M. Séglas a communiqué à la Société médicale des hôpitaux, l'observation d'un malade qui, à côté d'accidents hystériques divers

(troubles de la sensibilité, attaques, etc.), présentait une sorte d'état pseudo-vertigineux survenant subitement et par accès à l'occasion d'un mot quelconque prononcé devant lui, résonnant dans l'oreille et provoquant dans la langue des mouvements d'articulation nécessaires pour prononcer ce mot qui, cependant, ne l'est jamais ni haut, ni bas. M. Séglas insiste sur le début subit des crises, sur l'intensité de l'état pseudo-vertigineux, qu'on pourrait au premier abord, en l'absence de tout autre phénomène constatable, rattacher à l'hystérie, si l'examen attentif de l'état mental ne révélait leur véritable cause et les troubles du langage intérieur. Ce n'est en somme qu'une variété d'onomatomanie (écholalie mentale) dans laquelle les phénomènes d'angoisse sont très accentués.

A l'appui de son interprétation, M. Séglas rapporte l'observation d'une autre malade qui en l'absence de tout phénomène hystérique, présentait les mêmes symptômes d'angoisse à l'occasion d'un mot survenant à l'esprit et provoquant chez elle des mouvements d'articulation de la langue, sans que le mot soit prononcé ni à voix haute, ni à voix basse.

Un cas d'hystérie chez l'homme; attaques d'hystéro-épilepsie guéries par la suggestion, par CQDELUPE (Rev. sperm. de Freniatr., 1888).

Jeune homme de 16 ans avec hérédité morbide bien accusée; développement psychique et intellectuel lent; inactif, colérique, ne pouvant résister à l'alcool, se livrant à des excès de tabac et à la masturbation. A la suite d'émotions violentes, éclatent des accès épileptiformes nombreux, se répétant souvent par grandes séries.

L'examen du malade à son entrée à l'hôpital, fit constater les symptômes suivants :

Hémianesthésie à gauche, sauf deux petites zones hyperesthésiques, l'une en forme de cercle, entourant l'ombilic, l'autre en forme de bande, allant de l'épine iliaque supérieure gauche à la symphyse; — diminution de la sensibilité au membre inférieur droit jusqu'au genou; affaiblissement de la vue à droite; des deux côtés diminution du champ visuel surtout à droite; diminution du pouvoir auditif à gauche; affaiblissement du goût tantôt à droite, tantôt à gauche.

Motilité et réflexes normaux. — État mental sensiblement normal; pas d'altruisme; hypocondriaque, susceptible, facilement irritable.

Les accès surviennent spontanément ou par réflexe, à la suite de pressions sur la région ombilicale hyperesthésique. Les accès spontanés éclatent presque exclusivement en séries de trois à cinq attaques avec environ 10 minutes d'intervalle entre chaque attaque, et

presque toujours le matin, jamais la nuit. Avant l'accès, changement d'humeur prodromique et irritabilité, puis aura douloureux montant de la région ombilicale, avec oppression et sensation de constriction dans le larynx; perte de la conscience sans cri.

Après plusieurs médications infructueuses, l'on eut recours à la suggestion hypnotique; il ne fut pas possible d'endormir le malade, mais après de nombreuses tentatives, l'on parvint à le mettre tout éveillé dans une sorte d'état où la suggestion était possible et de lui suggestionner que si dans 10 minutes il s'endormait, il resterait huit jours sans avoir d'accès. L'attaque suivante survint le 9^e jour; jusqu'à ce moment le malade avait eu une attaque tous les matins régulièrement. Après plusieurs séances analogues, bien réussies, il fut dit un jour au malade qu'il resterait sans attaques pendant les trois jours suivants, mais qu'il en aurait une alors à 6 heures du soir, c'est-à-dire à un moment où il n'en avait jamais eu jusqu'alors; à l'heure dite, l'attaque éclata. La zone hystérogène ombilicale n'existait plus.

Ces mêmes suggestions furent renouvelées tous les quinze jours et depuis huit mois le malade n'a plus eu d'accès. Mais comme l'hémi-anesthésie n'a pas encore disparu, l'auteur n'ose pas affirmer encore une guérison définitive.

J. D. B.

Paralysie générale au début; douleurs névralgiques dentaires, d'origine centrale, guéries par l'application des miroirs rotatifs, par M. J. LUYS.

Le malade est âgé de trente-cinq ans. A la suite d'une fièvre typhoïde, en 1880, son organisme subit une grave altération; il devint anémique et commença à ressentir des céphalalgies fréquentes et des douleurs lancinantes dans les dents, qu'aucune carie n'expliquait. Le sulfate de quinine, l'antipyrine, des pilules anti-névralgiques restèrent sans succès; des insomnies se manifestèrent et le malade dépérissait en raison de la peine qu'il avait à mastiquer. On pratiqua l'extraction d'une dent douloureuse, le mal persista. On lima, sans résultat, deux autres dents qu'on ne pouvait extraire; la section des nerfs dentaires ne donna également aucun résultat. Il ne dormait plus, ne prenait plus ses repas et son état d'agitation était si fort qu'il fût peu à peu poussé à des idées de suicide.

Au moment de la consultation ce malade avait la face congestionnée, la parole animée, vive avec un peu d'hésitation, les yeux brillants, les pupilles inégales et dilatées, un peu de tremblement dans les mains et une céphalalgie frontale des plus vives. Son état de fatigue était tel qu'il pouvait à peine marcher. Il ne pouvait prendre la nuit, aucun repos et était obligé de se promener dans sa chambre. L'auteur

pensa à un début de paralysie générale avec douleurs névralgiques d'origine centrale (éréthisme du cerveau) surtout de la base de l'encéphale.

Le malade fut soumis au traitement par les miroirs rotatifs. Les séances duraient 20 à 30 minutes et chaque fois, il éprouvait un soulagement notable. Il perdait simplement un peu connaissance et conservait les yeux ouverts; il n'a jamais été suggestionné; il sentait que « ça lui travaillait dans le cerveau quand il regardait l'appareil. »

Au bout de huit séances, l'amélioration était notable : la face était dégonflée et pâle, la parole plus facile, les pupilles étaient moins dilatées, les forces étaient revenues et le malade se trouvait très satisfait de son état. Les douleurs de tête étaient très atténuées.

Le 5^e jour, l'amélioration continue, les pupilles sont moins inégales. Plus de tremblement de la langue ni des mains. La physionomie est des plus naturelles, le sommeil bon et réparateur, la parole très nette. Il peut manger les aliments solides et se servir des dents. Ses forces reviennent et il peut marcher. Il se trouve en convalescence et cherche à reprendre du travail après trois semaines à peine de traitement.

Ce sujet doit sa guérison rapide à l'action sédative des miroirs en rotation sur les régions centrales du système nerveux. Il a suffi de cette action, en apparence insignifiante, qui consiste à fixer un miroir en rotation pour déterminer, à bref délai, un retour rapide à l'état normal et à calmer des douleurs atroces qui mettaient obstacle à tout repos, qui empêchaient le malade de s'alimenter et entretenaient chez lui un état d'excitation capable de le porter au suicide.

Cette méthode nouvelle ne pourrait-elle pas avoir quelque efficacité dans la période prodromique de la paralysie générale? En agissant ainsi au début, ne pourrait-on pas enrayer les progrès d'un processus morbide contre lequel nous sommes, jusqu'ici, si complètement désarmés?

J. M.

L'hydrothérapie dans l'hystérie, par le Prof. MORSELLI, de Turin.

L'auteur se défend d'attacher une trop grande importance à l'hydrothérapie. Il en est de celle-ci, comme de tous les autres moyens physiques : le courant électrique, la diète, massage, etc., l'action de l'agent est en proportion directe de l'influence morale qu'exerce le médecin et de la suggestibilité des malades.

Après avoir établi ce principe, Morselli donne l'historique de

14 cas d'hystérie pure, traités par lui : il eut 5 cas de guérison et 5 cas d'amélioration; encore, deux des malades améliorées ne suivirent-elles pas le traitement jusqu'au bout.

La grande hystérie n'était pas représentée dans la série. Les formes les plus légères ne se montrèrent pas les moins graves; au contraire, le traitement rencontra la plus grande résistance dans les cas où il existait un symptôme isolé ou un groupe de symptômes : le hoquet, par exemple, ou les spasmes musculaires rythmiques.

L'auteur conclut de ses observations que l'hydrothérapie, soit seule, soit aidée d'autres moyens curatifs, est peut-être l'agent le plus énergique pour rétablir les fonctions troublées de l'innervation.

Mais l'hydrothérapie doit être entendue dans son sens le plus large. Les moyens mécaniques du traitement balnéaire et la température de l'eau peuvent varier considérablement. Morselli donne la préférence aux températures élevées ou moyennes, les températures très basses étant plutôt nuisibles. La stimulation physique qui a une part dans l'influence du traitement balnéaire, doit aussi être maniée avec prudence. Il ne faut pas non plus avoir de règles fixes dans l'application de l'hydrothérapie, mais suivre les indications cliniques de chaque cas. L'auteur dit que quand on aura individualisé le traitement en se basant sur le diagnostic et sur l'étude objective de chaque cas, l'hydrothérapie aura fait un grand progrès ⁽¹⁾.

J. A. P.

L'hyoscine dans les maladies mentales, par le Dr OTTO KLENCKE
(*Centralbl. für Nervenheilk.*, 1889).

L'auteur passe en revue les travaux des différents auteurs qui à tour de rôle ont recommandé et déconseillé l'emploi de l'hyoscine. Ce fut surtout dans les asiles allemands, autrichiens et hongrois qu'il fut mis à l'essai. Le bromhydrate fut spécialement utilisé en Amérique, ailleurs ce fut le chlorhydrate. Kl. se sert depuis 1887 de l'iodhydrate en solution de 1 p. 1000, mais il n'en prépare qu'une petite quantité à la fois parce qu'elle se trouble par le temps.

⁽¹⁾ La science psychiatrique en Belgique a encore beaucoup à apprendre en fait d'hydrothérapie. La théorie est inconnue, la pratique délaissée; pourtant l'hydrothérapie est un des meilleurs moyens d'action dans le traitement des psychoses. Ne pouvant guère agir directement sur le cerveau et sur la circulation cérébrale, nous devrions être heureux de posséder un agent qui, par son influence sur le système nerveux périphérique et sur la circulation, nous permet d'influencer indirectement la masse nerveuse centrale.

L'injection sous-cutanée donne lieu, à l'endroit de la piqûre, à une sensation de brûlure, mais de très courte durée; toutefois cet endroit reste un peu sensible pendant 24 heures. Cette solution a une très légère saveur amère, mais par sa dilution ou en la mélangeant dans le potage, le lait ou le genièvre, cette saveur amère n'est plus perçue. Les malades, généralement, peuvent la prendre sans répugnance pendant plusieurs mois consécutifs. Quelques malades agités ou délirants refusèrent l'injection hypodermique. La dose en injection est de 2 à 2 $\frac{1}{4}$ milligrammes; par la bouche on donne 3 milligr. comme dose maximum, mais il est recommandable de commencer par des petites doses qu'on augmente progressivement.

Klencke donna cette hyoscine chez 8 mélancoliques, 17 maniaques, 2 maniaques périodiques, 18 paralytiques, 4 délires chroniques, 10 folies avec hallucinations, 1 psychose par épuisement, 3 démences, 5 catatonies et 1 hébéphrénie. En général il obtint un repos calme de 7 à 8 heures chez 78 p. 100 de ses hommes aliénés; dans 5 p. 100 des cas l'hyoscine resta sans action et dans les 17 p. 100 restants elle eut une action calmante ou procura un repos instable ou de courte durée. Chez les femmes, le succès fut complet dans 63 p. 100 des cas, nul dans 22 p. 100 et incomplet dans 15 p. 100 des cas. L'administration à l'intérieur eût plus de succès que l'injection sous-cutanée.

Comme action physiologique et pris à l'intérieur à la dose 1 à 2 milligr., l'hyoscine ralentit légèrement le pouls, produit une légère sécheresse de la gorge, un peu de céphalalgie et un léger engourdissement. En injection sous-cutanée, $\frac{1}{4}$ de milligramme produisent des phénomènes plus prompts: au bout de 15 minutes le pouls tombe de 76 à 52 et cet effet est suivi d'un engourdissement de la tête, d'une pesanteur dans les membres, d'une démarche vacillante, d'un abattement, d'une sensation progressive de sécheresse dans la bouche et la gorge, d'une sensation de pression dans les yeux, d'une mydriase et d'une agitation motrice. Surviennent ensuite de terribles hallucinations de la vue et des illusions. Après 45 minutes environ, on a de la difficulté à se lever de la chaise, on perd par moments la conscience et la sensation de la soif continue à faire des progrès. Après 4 heures l'agitation et les hallucinations visuelles persistent encore et font place à un sommeil calme. Le lendemain l'abattement persiste; une céphalalgie se produit ainsi que l'inappétence. Parfois son administration donne lieu à des vomissements. Chez l'aliéné le résultat peut être très variable. Klencke commence à l'administrer par petites doses, augmente progressivement et diminue de la même manière à mesure que le malade se calme. Chez tel malade il obtint le sommeil voulu à l'aide de petites doses,

et cela pendant plusieurs mois; chez tel autre de hautes doses ne purent produire qu'un sommeil de quelques heures, suivi bientôt de l'excitation primitive. Les états d'excitation qui furent subjugués le plus avantageusement, furent ceux de la manie et de la paralysie progressive; chez les mélancoliques le résultat fut le moins avantageux. Ce traitement fut combiné aux bains prolongés et au repos forcé au lit.

L'action du médicament administré à l'intérieur est toujours plus lente que lorsqu'on l'introduit par injection hypodermique. Donné par la bouche, son action hypnotique ne se fait sentir qu'après 1 et même plus souvent après 2 heures, mais elle a cet avantage de ne pas présenter ou tout au moins de ne présenter qu'à degré plus faible les grands inconvénients qu'on observe déjà 2 à 3 minutes après l'injection sous-dermique.

Au lieu de l'action hypnotique et du sommeil qui dura de 6 à 8 heures, Klencke a constaté que souvent il ne se produit qu'une action calmante : les malades ne purent plus se mouvoir convenablement, la voix était plus douce, parfois éteinte. D'autres fois le sommeil ne durait que de 1 à 4 heures; d'autres fois encore le sommeil était agité.

Klencke n'a pas eu l'occasion d'examiner son médicament chez les cardiaques. Il l'a prescrit, avec avantage, chez les tuberculeux, même à une période avancée de la maladie. Il ne pratique les injections que lorsqu'il désire obtenir une action plus prompte dans les états d'excitation très prononcée. Jamais il n'a excédé la dose de 3 milligrammes quel que soit le mode d'emploi.

Il rend souvent des services dans les psychoses accompagnées d'une grande agitation motrice, de logomanie, de tapage, etc., et spécialement dans les états maniaques et chez les paralytiques agités. Dans les états mélancoliques, la morphine mérite la préférence. L'hyoscine augmente les hallucinations chez les malades qui en souffrent; aussi l'auteur recommande-t-il de ne pas employer ce médicament dans les psychoses débutantes; dans les cas chroniques, au contraire, on peut le donner même à haute dose pourvu qu'il n'y ait aucune complication du côté du cœur.

J. M.

Chimie physiologique du sulfonal, par SMITH (*Neurol. Centralbl.*, 1889).

L'auteur s'est proposé d'étudier l'action du sulfonal sur les échanges organiques; après en avoir administré à des chiens, il a fait avec soin l'analyse de leur urine. L'excrétion de l'urée est peu influencée par l'administration du sulfonal; des doses modérées de

sulfonal sont donc sans action sur la transformation des tissus azotés. L'estomac et les reins continuent à fonctionner normalement; un chien peut prendre chaque jour pendant cinq semaines 3 grammes de sulfonal sans en être incommodé. A fortes doses, le sulfonal se transforme dans l'économie en une substance organique sulfurée, mais il ne modifie pas la quantité d'acide sulfurique excrétée.

J. D. B.

Intoxication par le sulfonal, par BORNEMANN (*Neurol. Centralbl.*, 1889).

Le patient, un médecin de 53 ans, souffrait depuis 28 ans d'accès intenses de céphalalgie sourde; depuis 13 ans, il était devenu morphinomane et avait déjà tenté 10 fois de se guérir de sa morphinomanie. Il avait pris sans grand succès 2 à 3 gr. de sulfonal pendant 2 jours; le 3^e jour on lui en administra 4 gr. le soir avec faculté d'en prendre une 2^e dose de 2 gr. à 1 heure du matin, s'il n'avait pas dormi; l'insomnie persista, même après l'ingestion de cette seconde dose. Le malade fut pris de vertiges; il sortit de son lit et tomba plusieurs fois par terre. En même temps se déclarèrent des symptômes divers: incertitude du mouvement des membres supérieurs; rétrécissement pupillaire, pouls à 80, plein et fort, sans troubles respiratoires ni modifications du réflexe patellaire. Le malade ne s'endormit qu'à 9 heures du matin et dormit jusque 1 heure; il dut alors rester au lit, en présence de son incapacité complète à marcher; les vertiges, l'ataxie des membres supérieurs persistaient. Le soir il eut la sensation qu'il avait deux têtes, deux bras droits; certains objets lui parurent doublés; la défécation, l'émission des urines n'étaient pas troublées; l'appétit était resté normal, les urines ne contenaient ni albumine ni sucre; le pouls marquait 80, la respiration était normale. On lui administra 0,05 de morphine. La nuit suivante, il lui semblait que tout croulait autour de lui; la difficulté à se mouvoir persistait, il était pris d'accès d'anxiété et d'excitation, d'hallucinations de la vue.

Le jour suivant l'incertitude dans les mouvements n'avait pas encore disparu; l'écriture avait un caractère ataxique; le malade était abattu. — Les symptômes de l'empoisonnement ne disparurent complètement qu'après cinq jours.

J. D. B.

Des dangers du sulfonal, par M. MARANDON DE MONTYEL (*Ann. médico-psychol.*, 1889).

En suivant les conseils de S. Garnier, qui donne le sulfonal à la dose de 2 à 5 gr., et Pachoud et Claret qui le renouvellent, s'il le faut,

à la dose de 3 gr. dans les 24 heures, l'auteur a observé qu'à brève échéance ce médicament détermine du côté de la cénesthésie, une sensation très pénible de froid avec violents frissons; du côté du tube digestif, des nausées, des vomissements et de la diarrhée; du côté de la motilité, sans que la pression de la colonne vertébrale éveille de la douleur, des parésies, presque des paralysies; du côté du cerveau, des vertiges avec perte de l'équilibre, de l'ébriété et de la stupeur.

Un de ses malades, un paralytique général, n'a obtenu de sommeil de 8 heures qu'après avoir pris le médicament pendant 2 jours; son excitation fut remplacée par un abrutissement psychique; il ne se soutenait presque plus, il était obligé de se tenir le long des murs pour ne pas choir. Il lui fallut 3 jours pour se remettre.

Un dément sénile qui en prit 4 gr., dut s'aliter de suite et en perdit pour longtemps l'appétit. — Un imbécile maniaque, de 41 ans, à qui l'on administra la même dose, eut un sommeil de 74 heures en 4 jours. — Toujours à la même dose, un délirant systématique à la quatrième période, tourmenté la nuit par des hallucinations génitales, n'en retira aucun bienfait; la nuit suivante, même insomnie et au lever rien d'anormal; mais dans l'après-midi le malade fut saisi d'une faiblesse générale avec froid glacial, frisson et immense besoin de dormir. La faiblesse inspira même de l'inquiétude.

L'auteur, néanmoins, ajoute que sur 14 cas, un seul dans la force de l'âge, atteint de manie chronique rémittente a, durant 5 jours d'un paroxysme, après l'échec habituel des 2 gr., absorbé sans inconvénient 4 gr. dont il a retiré de succès réels.

Marandon a expérimenté le sulfonal à la dose de 3 à 4 gr. sur 21 aliénés : 11 vésaniques, 2 déments séniles, 4 paralytiques, 1 épileptique et 3 alcooliques. Il a relevé des symptômes alarmants du côté de l'intellect dans 20 cas, du côté de la motilité dans 20 cas également, du côté de l'estomac dans 8 cas, du côté de l'intestin dans 7 cas et 9 fois une sensation de froid intense avec frissons. Au point de vue de la résistance de l'organisme, l'intoxication s'est montrée avec 4 gr. : au bout d'un jour 4 fois, au bout de 2 jours 6 fois, au bout de 3 et de 4 jours 2 fois. Avec la dose de 3 gr. jamais avant le 3^e jour; 3 fois à cette date, 3 fois le 4^e jour, 2 fois le 5^e jour, une fois après 6, 9 et 10 jours.

Marandon conclut donc au danger du sulfonal aux doses, surtout prolongées, de 3 et 4 gr. Il le considère toutefois comme un des meilleurs hypnotiques en raison de la persistance, après suppression, de la narcose durant 2 et même 3 nuits.

L'accumulation du sulfonal dans l'organisme n'est pas seulement établie par l'écllosion de symptômes toxiques après un usage de 2 ou

plusieurs jours, elle est encore démontrée par ce fait que le sommeil se montra d'autant plus rapide, profond et prolongé que cet usage dura plus longtemps. Marandon recommande en conséquence, une fois un repos de 8 heures étant obtenu sans intoxication concomitante, de suspendre le remède pendant 1 ou 2 nuits selon la persistance du sommeil.

J. M.

Le traitement des aliénés, par J. A. CAMPBELL (*Ann. médico-psychol.*, 1889).

L'auteur résume dans son travail le résultat de ses quinze années d'expériences dans l'asile d'aliénés de Carlisle en Angleterre.

Dans l'étude du *traitement sédatif prolongé dans l'excitation maniaque*, Campbell sépare ces états d'excitation en trois groupes : 1° *Cas où jusqu'ici l'on ne peut pas dire qu'il y ait lésion cérébrale et où la guérison se produit assez rapidement pour permettre de croire à un simple trouble fonctionnel*. Ici se placent l'excitation qu'on observe dans les cas d'onanisme, dans la manie puerpérale, la manie aiguë, la manie intermittente et la folie alcoolique. C'est un groupe très important. L'auteur rappelle ici que les accès de manie intermittente, dans les cas qui se ressemblent en apparence, et quelquefois chez le même individu, présentent une grande diversité dans leur durée. En cas d'amélioration, il est difficile de déterminer ici la part qui revient au traitement et celle qui revient à l'action spontanée de la nature. Malgré cette difficulté d'appréciation de la valeur du traitement sédatif dans l'excitation maniaque, Campbell ne fait plus tant usage, pour les cas curables, d'un traitement énergique. Le traitement sédatif, employé pendant le jour, est parfois nécessaire pour rendre le malade plus tranquille; continué pendant longtemps, il perd ses avantages. Prolongé outre mesure, il amène de l'hébétude et même de la stupeur persistante. C'est surtout dans la manie intermittente qu'il emploie le traitement sédatif, autant dans l'intérêt du personnel surveillant que dans l'intérêt du malade. De 1873 à 1878, 47 p. 100 de ses malades présentaient de l'excitation maniaque et 10 p. 100 d'entre eux subirent le traitement sédatif prolongé. De 1878 à 1883 il avait 40 p. 100 de maniaques agités et seulement 6 p. 100 reçurent le traitement sédatif. De 1883 à 1887 il eut 30 p. 100 de ces malades et 28 p. 100 furent soumis à ce traitement.

Dans la première période quinquennale il se servit principalement du bromure de potassium combiné aux teintures de *Cannabis indica*, d'*hyoscyamine*, d'*opium*, de *valériane*; rarement il administra la morphine par l'estomac ou en injections sous-cutanées. Dans la

deuxième période il abandonna les calmants énergiques et employa presque exclusivement le bromure de potassium, en quantité suffisante, mais pendant un temps très limité, pour émousser l'activité générale.

Dans la *folie causée par l'onanisme*, Campbell prescrit une bonne alimentation, des toniques, de l'exercice au grand air, une douche le matin et une surveillance active pendant la nuit. En cas de besoin il donne le bromure de potassium, à titre d'anaphrodisiaque.

Dans la *manie puerpérale*, un bon régime, des toniques, une hygiène très soignée et, quand la chose est possible, l'exercice au grand air, contribuent à calmer rapidement l'excitation; la guérison est la tendance habituelle de la maladie (proportion de 80 p. 100).

Pour la *manie aiguë* (n'y comprenant pas la manie transitoire qui dure une ou deux heures et dont la guérison est très rapide) il n'existe pas de traitement avortif pour l'excitation, mais l'état antérieur avant que l'excitation n'ait fait explosion et que la congestion cérébrale ne soit nettement déclarée, peut être conjuré par un traitement approprié, en agissant directement sur les forces nerveuses. Dans bien des cas, un traitement peut abrégé la durée des accès, mais il en est d'autres où son influence est nulle ou au moins temporaire. Ainsi, dans certains cas un traitement énergique, notamment un purgatif, une saignée, un vomitif, des narcotiques puissants, des bains chauds, etc., peuvent momentanément surprendre un accès de manie aiguë. Mais suivant Campbell le bénéfice que l'on en retire n'est que transitoire.

Dans la *folie alcoolique*, où l'excitation est rarement de longue durée, il débute par un bon purgatif et prescrit ensuite une alimentation liquide, des libations copieuses d'eau froide et quelques jours de repos au grand air.

Pour la *manie intermittente*, où l'excitation poursuit une marche ascendante jusqu'à un point donné, il a recours aux calmants (narcotiques) tant dans l'intérêt du malade que dans celui de l'entourage. En dernier lieu, il prescrit un régime composé de lait, de féculents et de légumes. Certains aliments chez certains individus déterminent tantôt de l'irritabilité, tantôt le contraire.

L'*épilepsie* est toujours traitée par le bromure de potassium, 4 gr. par jour en trois fois; ce médicament peut être pris pendant de longues années sans perdre de son activité, toutefois il favorise les congestions passives à la base des poumons, probablement par l'obtusion du système nerveux. Malgré le traitement prolongé au bromure, le sang des épileptiques n'en subit la moindre altération.

La *paralysie générale* ayant toujours une terminaison fatale, Campbell ne se fait aucun scrupule d'y employer les calmants à

haute dose dans les accès d'excitation. Ces malades prennent peu de nourriture animale et ne doivent pas manger suivant le caprice de leur appétit morbide. L'auteur croit à la possibilité d'éviter les escharres chez ces malades. Il recommande de tenir le malade au lit pendant la dernière période; il déconseille les fauteuils. C'est en suivant ce traitement qu'il observe rarement des escharres.

Dans la *folie sénile* il prescrit la propreté, une bonne alimentation, de la chaleur, l'emploi judicieux du malt et des boissons alcooliques.

Dans le traitement de l'*insomnie* il en est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Les calmants employés la nuit pour produire le sommeil, donnent de meilleurs résultats que s'ils sont prescrits pendant le jour; 2° Bien que le chloral soit un narcotique excellent, il peut, à la longue devenir dangereux en raison de son action sur le cœur.

De 1873 à 1878, il a prescrit les narcotiques chez 17 p. 100 de ses malades; de 1878 à 1883 seulement à 7 p. 100 de ses malades. Au début il fut entiché de l'hydrate de chloral. Dans certains cas de mélancolie légère 3 à 4 gr. de bromure de potassium avec 60 gouttes de teinture de valériane suffisaient pour amener le sommeil. Maintenant il préfère la paralaldéhyde (30 à 80 gouttes) qui loin d'avoir une action dépressive sur le cœur, augmente la force et le volume du pouls. L'uréthane lui semble avoir une action moins sûre. Depuis des années il évite les opiacés à cause de ses effets consécutifs.

Pour les individus dont la maladie est récente, il faut avoir soin d'assurer la tranquillité autour d'eux pendant la nuit et au besoin prolonger le traitement de l'insomnie par les narcotiques. Mais Campbell fait observer que pour donner à l'organisme ce réparateur bienfaisant, le doux sommeil, il faut parfois bien peu de chose, l'exercice au grand air, un petit purgatif, veiller à ce que les malades aient les pieds chauds au lit, que leur dernier repas soit léger, qu'ils aient parfois un peu de Whisky dans l'eau chaude le soir en se couchant, enfin que le sommeil ne soit pas hâtivement interrompu le matin.

La *douche matinale dans le traitement de certaines formes de folie*. Campbell a constaté que ce traitement était utile dans la *manie hystérique* des jeunes filles, dans l'état à peu près analogue des garçons, état qui tient à des influences sexuelles, dans la période d'affaïssement de la manie puerpérale et dans les cas où l'excitation persiste sans se rattacher à des causes organiques.

La douche était donnée avantageusement pendant une demi-minute, depuis la fin de mai jusqu'à septembre, dans les cas où il n'existait aucune contr'indication.

Exercice au grand air. — Campbell le recommande beaucoup

dans l'excitation maniaque, chaque fois que l'état physique des malades le permet. On laisse le malade s'asseoir de temps à autre. L'exercice musculaire au grand air fait tout d'abord disparaître le besoin de faire du tapage, cause de trouble pour tous les habitants d'un asile et qui surexcite considérablement les malades émotifs. Cet exercice au dehors calme les centres nerveux. Dans la manie aiguë il suffit en général de quatre à cinq jours de vie au grand air pour rendre les malades tranquilles, permettre de les réunir aux autres et même de les faire travailler. L'excitation peut persister plus longtemps, mais c'est là une exception.

Campbell a noté que par cet exercice et une bonne nourriture la durée moyenne de l'excitation était de 14 jours, 13 jours pour les hommes, 16 jours pour les femmes. Sur 56 cas atteints d'excitation maniaque, 14 fois seulement il a donné en même temps des calmants, mais d'une manière transitoire et dans le but de donner de la tranquillité. Les narcotiques ne furent donnés que deux fois à six de ces malades, parce que le sommeil de la nuit n'était pas venu après un jour ou deux d'exercice.

L'auteur recommande pour les malades atteints de manie aiguë de les isoler, de les séparer des autres malades. Cette maladie peut suivre son cours sans que la santé physique soit sensiblement ébranlée, si le traitement est judicieusement institué et sans devoir donner une nourriture très abondante.

Alimentation artificielle. — L'appétit dans la folie. — Campbell n'a recours à l'alimentation forcée que lorsque le malade est resté deux jours entiers sans prendre de nourriture. Dans quelques cas rares il a attendu longtemps. Campbell croit qu'en intervenant très vite, non seulement il conserve la vie aux malades, mais encore qu'on les empêche de tomber dans la démence. Il a eu des malades qu'il a nourris artificiellement pendant plus de deux ans. Diverses opinions règnent au sujet de la voie à prendre pour introduire les aliments par la bouche, le nez ou le rectum ; Campbell préfère les voies naturelles. Dans les cas exceptionnels, p. ex. où la gorge a été coupée dans une tentative de suicide ou quand il existe une maladie de l'œsophage, l'alimentation a été faite par le rectum.

Quant à l'appétit chez les aliénés, Campbell remarque qu'un grand nombre de malades admis à l'asile à la première période de la maladie semblent manquer d'appétit, ce qui entrave à un haut degré le traitement du début. Pendant la convalescence l'appétit revient et quelquefois même les malades mangent avec voracité.

Les aliénés chroniques et les convalescents ont toujours un appétit bon et régulier. C'est un fait bien connu que la voracité des malades atteints de paralysie générale, d'épilepsie et de quelques

maniaques chroniques; il en est de même pour certains aliénés dont la folie est due à l'onanisme. Chez les mélancoliques on observe le défaut d'appétit. — Dans certains cas la voracité des agités est telle que l'estomac et les intestins refusent leurs fonctions digestives, que les aliments passent sans subir la moindre modification et que les malades meurent par épuisement.

Isolement et contrainte. — Campbell ordonne l'isolement, c'est-à-dire l'encellulement pour les motifs suivants :

- 1° L'intérêt du malade au point de vue du traitement;
- 2° La sécurité, qu'il soit curable ou incurable;
- 3° La sécurité des autres malades et des employés de l'asile pendant la durée d'un accès de très grande agitation.

Dans de rares circonstances il peut être nécessaire d'isoler, par mesure de discipline, des malades chez qui la folie se combine à une méchanceté naturelle. L'isolement est le mode de traitement le plus judicieux et le meilleur dans la manie épileptique, dans l'excitation délirante, la paralysie générale et certains états de manie aiguë. Il n'y a pas lieu de se vanter de l'abolition de la séclusion, dit l'auteur, car dans les asiles aussi bien qu'ailleurs, le médecin doit avant tout se préoccuper du malade et non de l'opinion publique. Il vaut mieux vivre isolé que de mourir en compagnie.

L'auteur a toujours usé de la contrainte dans les maladies chirurgicales et chez les malades qui enlevaient leurs pansements. Il emploie la camisole, les entraves ou les gants de force. Il y a des cas où, après vain essai des moyens raisonnables, il est nécessaire dans l'intérêt du malade et celui du personnel, de recourir à ce mode de traitement.

Infirmiers. — Le recrutement des infirmiers offre des difficultés qui disparaîtraient en accordant des gages convenables, en réglant les heures de service, en attachant à la position des avantages enviables. A l'asile de Carlisle, où réside l'auteur, il y a 1 surveillant pour 14 malades, sans compter les surveillants en chef, les ouvriers, les femmes employées à la cuisine et à la buanderie. Pour les 600 malades il y a trois surveillants de nuit du côté de chaque sexe; un pour l'infirmerie, un pour les épileptiques et les suicidés et un troisième pour la surveillance générale de tout l'asile.

Hématome de l'oreille. — On admet généralement que cet accident ne se rencontre que chez les aliénés. Toutefois Campbell l'a rencontré deux fois chez l'homme sain et chaque fois à la suite de coups violents sur l'oreille. Il l'a constaté même chez un chat. — Malgré la prédisposition chez l'aliéné, Campbell croit que la violence en est toujours la cause. L'auteur ne croit pas à l'incurabilité des aliénés qui en sont atteints puisqu'il a vu guérir plusieurs malades qui en avaient été victimes.

Odeur des aliénés. — L'auteur ne croit pas à une odeur particulière de certains aliénés. L'emploi régulier des soins de propreté l'a toujours fait disparaître. De plus on rencontre encore des dispositions du même genre chez des individus sains d'esprit.

Phtisie cachée. — Campbell ne peut se faire à l'idée qu'on constate souvent à l'autopsie les lésions de la tuberculose alors que dans le cours de leur existence les malades n'avaient présenté ni toux, ni sueurs nocturnes, ni autres signes pulmonaires.

Sorties à titre d'essai. — L'auteur n'en est pas partisan; les avantages ne lui semblent pas compenser les risques qu'elles font courir.

Proportion de guérisons. — A l'asile de Carlisle elle est de 44,9 p. 100 sur le nombre d'admissions. 60 individus atteints de folie chronique ont pu atteindre la guérison.

La moyenne des décès y est de 8,5 p. 100 du nombre des habitants de l'asile.

J. M.

Bibliographie

Du rôle de l'hérédité dans l'alcoolisme, par PAUL SOLLIER
(Paris, Lecrosnier et Bahé, 1889).

D'année en année les travaux sur l'alcoolisme se multiplient. Pas un pays du monde civilisé qui ne s'occupe de cette question sociale et ne recherche les moyens d'arrêter les ravages sans cesse croissants de l'alcoolisme. Pas un journal de médecine mentale qui ne se fasse pas l'écho des productions littéraires sur cette question, qui ne contribue sensiblement à extirper cette misérable racine, cause de tant de revers et d'infortunes, cause de l'augmentation permanente de la population de nos asiles d'aliénés.

Dans le dernier Bulletin nous appelions l'attention sur l'excellent travail du professeur P. Kovalevski, embrassant les différentes questions qui se rattachent à « *l'ivrognerie*. » Aujourd'hui le Dr Paul Sollier nous en offre un autre, couronné par la Société médico-psychologique de Paris, dans lequel il étudie, avec le concours de la statistique, l'alcoolisme tant au point de vue de l'hérédité que de la généalogie des familles de dégénérés. 350 familles appartenant au service des épileptiques et des enfants idiots de Bicêtre ont été scrupuleusement interrogées et examinées.

Après un court aperçu sur l'étude de la question, P. Sollier divise les buveurs en dipsomanes (héréditaires) qui ne sont pas toujours intoxiqués, en alcooliques acquis toujours intoxiqués et héréditaires et intoxiqués. L'auteur soutient que ce sont les alcooliques de ce dernier genre qui sont les plus prédisposés au délire alcoolique, tout en faisant cette restriction que les auteurs qui ont écrit sur le délire alcoolique ne mentionnent que rarement ou incomplètement les antécédents héréditaires.

En recherchant les influences modificatrices de l'hérédité et en examinant les causes occasionnelles et prédisposantes de l'alcoolisme héréditaire, l'auteur examine l'homme aux différents âges et mentionne les principales différences sociales. Il en déduit cette conclusion que l'alcoolisme héréditaire peut, jusqu'à une certaine mesure, être assimilé à la dipsomanie, ce qui entraîne pour beaucoup d'alcooliques le bénéfice de l'irresponsabilité devant la loi.

Telles sont les bases d'un travail d'un mérite incontestable qui,

sans doute aucun, sera lu non seulement par tous les médecins aliénistes, mais encore de tous ceux qui s'occupent de cette grande question sociale : les conséquences de l'alcoolisme. En effet, l'ouvrage est écrit sans prétention et il a l'avantage d'être clair et concis. Tous les faits avancés par l'auteur reposent sur des observations à leur tour très brèves et ne mentionnant que les données indispensables à la question, P. Sollier a eu le grand mérite de combler une des lacunes du chapitre de l'alcoolisme qui doit mener à la conviction que l'ivrognerie est une maladie, que le moment est venu d'intervenir en faveur de ce nouveau genre de malades et de recommander la création d'hospices spéciaux comme en comptent déjà abondamment l'Amérique du Nord et l'Angleterre. J. M.

The medical Jurisprudence of Inebriety, par CLARK BELL,
New-York, 1889.

Sous ce titre, M. Clark Bell, Président de la Société médico-légale de New-York, publie un petit recueil de tous les travaux qui ont été présentés à cette Société sur la question de l'alcoolisme dans ses rapports avec la médecine légale. Quelques-uns de ces articles ont été analysés dans ce Bulletin. Le volume renferme aussi le résumé des discussions auxquelles ces divers travaux ont donné lieu au sein de la Société.

L'ouvrage de Clark Bell nous permet de nous faire une idée assez exacte de l'état de cette question, débattue aujourd'hui de tous côtés. Sans doute, les discussions de la Société de New-York n'ont pas épuisé tout ce qu'il y avait à dire sur ce sujet. Mais cette Société a pris une initiative généreuse et féconde, et nous devons rendre grâce à M. Clark Bell d'avoir réuni en une publication ces travaux, dont plusieurs sont d'un haut intérêt pour tous ceux qui s'occupent d'aliénation mentale ou de médecine légale. D^r L. D.

Manuel technique et pratique d'anthropométrie crânio-céphalique, à l'usage de la clinique, de l'anthropologie générale et de l'anthropologie criminelle, par le D^r MOR. BENEDIKT, professeur à l'Université de Vienne, traduit par le D^r P. KÉRAVAL, médecin des asiles d'aliénés de la Seine (Paris, Lecrosnier et Babé, 1889).

L'anthropologie, et spécialement la partie de cette étude qui s'occupe des mensurations de la tête, constitue aujourd'hui un chapitre de l'aliénation mentale. La Société de Médecine mentale de

Belgique, suivant l'exemple de plusieurs Sociétés psychiatriques, en a compris toute l'importance et depuis plus d'une année la question de la céphalométrie se trouve à l'ordre du jour de ses séances. Ce sera donc avec un véritable plaisir que ses membres apprendront l'apparition d'une édition française de l'œuvre du célèbre professeur de Vienne qui, depuis de nombreuses années, s'occupe du perfectionnement des méthodes de mensuration.

La première partie de son travail s'occupe de la crâniométrie et de la céphalométrie à l'aide d'un instrument simple, celui qui est communément employé par nos anthropologistes. Elle expose l'ensemble de la technique et met en relief les desiderata qui semblent les plus avérés. La seconde partie, que l'auteur qualifie « l'avenir de la crâniométrie et de la céphalométrie, » rassemble les indications auxquelles l'anthropométrie devrait pouvoir satisfaire; il y décrit l'instrumentation en rapport avec l'arpentage, la stéréographie mathématique du crâne. En associant à la théorie les principes de la pratique et en montrant que chaque ordre de besoins mathématiques se traduit par la découverte d'un instrument nouveau, l'auteur a pleinement réussi à colorer l'aridité des abstractions.

C'est assez dire que l'ouvrage, illustré de nombreuses et belles gravures, est appelé à un très grand succès et que dorénavant il occupera une place honorable dans la bibliothèque de tout homme de science qui s'intéresse à cette question.

L'auteur ne prétend pas avoir résolu tous les problèmes qui se rattachent à ces mensurations. Notre intention, dit-il, est de continuer à travailler pendant plusieurs années encore afin de combler bien des lacunes dont nous ressentons douloureusement l'existence. Mais nous avons besoin de *collaborateurs*.... Nous sommes convaincu que ces collaborateurs ne lui feront pas défaut et nous nous attendons à voir sous peu cette partie de l'anthropologie prendre une extension suffisante pour pouvoir couronner les efforts incessants de l'auteur. Aussi sommes-nous heureux de pouvoir annoncer à nos lecteurs que le savant Président de la Société d'anthropologie de Belgique, M. Houzé, prépare pour notre Bulletin un compte-rendu détaillé de cette belle œuvre.

J. M.

NOTES ET OBSERVATIONS MÉDICO-LÉGALES

SUR

LES BLESSURES CHEZ LES ALCOOLIQUES

PAR

Le Dr Léon DE RODE, membre titulaire.

Les dangers que l'alcoolisme fait courir à la société préoccupent aujourd'hui les esprits sérieux du monde entier. En ce moment même, un Congrès de médecins et de juristes se réunit à New-York pour s'occuper exclusivement de la situation des alcooliques vis-à-vis de la loi et des tribunaux. Au prochain Congrès de psychiatrie de Paris, la question de la responsabilité des alcooliques figure également à l'ordre du jour et fera l'objet d'un rapport de M. Motet. Nous voulons ici simplement tirer l'attention sur un des côtés de la question de l'alcoolisme qui, pour être de nature secondaire, n'en présente pas moins une certaine importance.

I

Dire que l'alcoolisme aggrave singulièrement le pronostic des blessures, c'est énoncer une vérité banale que tous les chirurgiens ont répétée et que l'expérience confirme tous les jours. Les accidents, que l'on est exposé à voir survenir chez un alcoolique à l'occasion du moindre traumatisme, sont d'ailleurs de la nature la plus variée et peuvent apparaître dans tout le cours du traitement. Une perte de sang qui, chez un homme sain, serait insignifiante et se trouverait promptement réparée, provoque chez l'alcoolique une syncope mortelle ou une débilitation profonde et durable de l'économie. La plaie la plus légère s'accompagne d'inflammation vive, et il n'est pas rare de la voir, même en dépit des précautions antiseptiques les plus minutieuses, prendre un mauvais caractère et se compliquer d'érysipèle, d'ulcération ou de gangrène. La fièvre, le délire et d'autres accidents nerveux peuvent encore en assombrir le tableau.

Nous n'avons pas à rechercher ici la nature des lésions organiques ou vasculaires qui expliquent ce défaut de résistance vitale. Nous ne voulons que constater le fait.

D'autre part, nous avons été appelé à examiner bien des blessures reçues pendant l'ivresse, et nous avons souvent été frappé de la disproportion évidente qui existait entre la cause de la blessure et la nature de celle-ci, entre la gravité de l'injure reçue et celle du dommage qu'elle avait occasionné. Un simple coup de bâton sur la tête, une chute de plein pied sur le sol, déterminent parfois des accidents mortels. Des fractures de côtes ou de membres s'observent tous les jours à la suite de simples rixes entre ivrognes. C'est qu'aux effets des désordres organiques créés par l'alcoolisme, sont venus alors s'ajouter ceux de l'ivresse actuelle, et, sur un sujet ainsi préparé, la moindre cause vulnérante produit des accidents d'une redoutable gravité.

Les blessures reçues pendant l'ivresse présentent généralement certains caractères communs, qui résultent les uns de l'état particulier où se trouvait celui qui les a reçues, les autres des circonstances extérieures dans lesquelles se produisent le plus souvent les faits de cette nature. Ce sont ordinairement des contusions ou des plaies contuses. Les plaies par instrument tranchant sont beaucoup plus rares, et c'est tout à fait exceptionnellement que l'on rencontre des plaies par armes à feu. Les blessures siègent généralement à la tête. Elles ont été faites à l'aide des instruments les plus divers : un bâton, une pierre, une chaise, un lourd verre d'estaminet, un porte-allumettes, le premier objet qui s'est trouvé sous la main ; car les agressions de cette espèce sont rarement préméditées. Les plaies faites à l'aide d'un verre sont très fréquentes et présentent généralement un caractère de gravité assez grande : l'objet s'est brisé dans la plaie, produisant des délabrements considérables, des hémorragies artérielles souvent très abondantes, des décollements étendus, des lambeaux irréguliers, déchiquetés. Des fragments de verre sont restés dans la plaie et provoquent des suppurations interminables. Mais la cause de loin la plus fréquente des blessures que l'on rencontre chez les ivrognes, ce sont les chutes. Celles-ci, alors surtout qu'elles se sont répétées et qu'elles ont laissé des traces multiples, peuvent, dans certaines circonstances, faire croire à l'existence d'un attentat, quand l'ivresse a été la seule coupable. Un individu est relevé sur la voie publique sans connaissance et dans un état comateux. Il porte une ou plusieurs plaies à la tête. On n'a aucun renseignement sur les circonstances de l'accident. Neuf fois sur dix l'opinion publique s'arrêtera à l'idée d'un crime, jusqu'à ce que le blessé revenu à lui-même ou l'expert chargé de l'examiner aura réussi à rétablir la réalité des faits.

Observation I. — Le 8 octobre dernier, le nommé P. V... disparut de son domicile vers 9 heures du soir. Ce ne fut que le surlendemain que ses fils, guidés par le chien de V..., le retrouvèrent étendu sur le dos au milieu d'un champ, à une assez grande distance de sa maison, mais près d'un chemin fréquenté. Il était absolument privé de connaissance, la face rouge, vultueuse, la respiration stertoreuse. Il était complètement paralysé à droite et portait une contusion assez forte au côté droit du front. L'opinion publique s'émut : l'existence d'un crime ne faisait pas de doute; déjà les coupables étaient désignés; il était même question de lancer un mandat d'amener. Quand nous fûmes appelés à visiter le blessé, nous déclarâmes au magistrat instructeur que la contusion qui existait au côté droit du front pouvait provenir d'une chute, qu'elle nous paraissait tout à fait superficielle; qu'au surplus, l'existence de la paralysie à droite était en contradiction avec l'hypothèse d'une fracture du crâne du même côté; qu'il y avait lieu par conséquent de soupçonner une lésion d'une autre nature, et nous réservâmes expressément le diagnostic. Le blessé ne tarda pas à succomber. A l'autopsie, nous constatâmes que la contusion du front était, en effet, tout à fait superficielle et limitée exclusivement à la peau et au tissu cellulaire; que le crâne ne présentait aucune trace de fracture ou de violence; mais nous trouvâmes un vaste épanchement de sang coagulé remplissant tout le ventricule gauche du cerveau. Nous conclûmes à une mort naturelle et la justice, se rangeant à notre manière de voir, abandonna les poursuites. Mais nous fûmes impuissants à convaincre les parents et les amis du défunt qui, aujourd'hui encore, sont persuadés que V... a été victime de la vengeance de deux individus qu'ils poursuivent de leurs accusations.

Nous pourrions multiplier les exemples de ces erreurs.

D'un autre côté, en raison du trouble des fonctions locomotrices déterminé par l'ivresse, les violences les plus légères exercées sur des ivrognes s'accompagnent presque toujours de chutes plus ou moins graves. Si l'on tient compte que l'ivrogne tombe le plus souvent comme une masse inerte, on s'explique jusqu'à un certain point que la tête, venant à buter contre une saillie du sol, il se produise des fractures du crâne ou des plaies à vaste décollement et accompagnées d'un état de commotion grave. Si, au contraire, l'ivrogne qui se sent tomber, cherche à se retenir, à reprendre pied, la maladresse même de ses mouvements devient un autre danger et ne contribue que trop souvent à produire des fractures de membres, des luxations, des entorses, etc. Mais ces effets mécaniques de l'ivresse ne suffiraient pas à nous rendre compte de la gravité des lésions observées, si nous perdions de vue l'état particulier dans lequel se trouvent les organes.

Pour expliquer la grande fréquence des fractures du crâne chez les ivrognes, nous n'irons pas jusqu'à dire qu'ils ont le crâne plus fragile. A priori, une altération de la structure des os du crâne chez un alcoolique invétéré ne nous paraît cependant pas impossible et ne serait en tous cas pas plus invraisemblable, par exemple, que la fragilité des côtes chez les fous paralytiques. Nous nous contenterons de rappeler que beaucoup d'alcooliques sont des dégénérés héréditaires; que chez les individus de cette espèce, ce ne sont pas seulement les conformations vicieuses générales ou partielles du crâne que l'on rencontre, mais aussi des anomalies dans l'état des sutures, dans la structure et dans l'épaisseur des os; et de fait, parmi les nombreux crânes fracturés que nous avons eu l'occasion d'examiner, nous en avons trouvé plus d'un qui était d'une minceur extrême. Au surplus, nous reconnaissons volontiers que ces questions sont encore fort obscures et nécessiteront encore bien des études avant qu'elles puissent nous fournir quelque résultat pratique.

Ce que nous connaissons un peu mieux, c'est l'influence exercée par l'alcoolisme et par l'ivresse actuelle sur les centres nerveux eux-mêmes, et ces connaissances d'anatomie et de physiologie pathologiques nous viendront bien à point pour expliquer certains accidents graves des plaies de tête qui sont plus fréquents chez les ivrognes que chez tout autre individu. Nous voulons parler tout spécialement ici de ces désordres cérébraux, souvent mortels, que l'on voit survenir après une violence relativement légère, avec une plaie extérieure insignifiante, parfois même sans plaie du tout.

Quoique les lésions du système nerveux par l'alcoolisme soient d'une appréciation parfois difficiles, elles ne sauraient, en effet, être mises en doute. Nous savons, par exemple, que la dure-mère devient souvent le siège d'un travail phlegmasique chronique; que l'arachnoïde et la pie-mère, souvent adhérentes entre elles, présentent fréquemment chez les ivrognes des vaisseaux dilatés et gorgés de sang; que les capillaires du cerveau, dilatés et sinueux, présentent des altérations de leurs parois et une désorganisation de leurs éléments contractiles qui n'expliquent que trop bien le trouble de la circulation capillaire et la stase sanguine. Nous savons encore que les éléments nerveux eux-mêmes ne tardent pas à subir des modifications profondes, et qu'à une période plus avancée, on peut constater, même à l'œil nu, des lésions matérielles graves tantôt localisées, tantôt diffuses dans la masse encéphalique.

D'autre part, Cl. Bernard et d'autres observateurs encore, nous ont démontré que la circulation des centres nerveux se trouve pendant la période d'excitation de l'ivresse dans un état d'hypérémie intense. Aussi bien, à cette période, la rougeur de la face,

les battements des artères du cou, le gonflement des jugulaires, la somnolence ne laissent pas de doute sur le raptus congestif qui se fait du côté du cerveau. Mais ces phénomènes vasculaires ne suffisent pas seuls à expliquer le désordre du système nerveux. C'est à la présence de l'alcool dans le sang et à son action directe sur les éléments nerveux qu'il faut attribuer le rôle le plus important. Quoique cette action sur l'élément nerveux soit encore peu connue dans sa nature et indéterminée dans ses caractères, il est permis de la considérer comme une lésion organique, passagère dans l'ivresse tandis qu'elle est permanente dans l'alcoolisme chronique.

Ce n'est qu'en nous rappelant ces diverses considérations que nous parviendrons à nous rendre compte de ces faits auxquels nous faisons allusion plus haut. Un ivrogne reçoit sur la tête un coup de bâton ou fait une chute qui paraît devoir être sans gravité. Il tombe sans pousser un cri, sans proférer une plainte; il ne se relève plus; il est mort ou ne tarde pas à succomber sans reprendre connaissance.

A l'autopsie on trouve une blessure extérieure tout-à-fait superficielle, le crâne intact, mais à l'intérieur de celui-ci un épanchement de sang plus ou moins abondant, en partie coagulé et comprimant la masse cérébrale sur une étendue variable. Cet épanchement siège tantôt entre le crâne et la dure-mère qui se trouve décollée sur une assez large surface, le plus souvent à la convexité d'un hémisphère que le caillot reconvre quelquefois complètement; tantôt il siège dans la cavité de l'arachnoïde: le sang est alors généralement plus liquide et occupe surtout la base du cerveau. D'autres fois cependant, on ne trouve aucun épanchement, mais à la surface des circonvolutions un grand nombre de petits points rouges correspondant à autant de petits vaisseaux dilatés et constituant par leur réunion une tache plus ou moins étendue, d'une coloration rosée ou rouge. Généralement superficielles, on retrouve quelquefois pourtant ces altérations jusque dans l'épaisseur de la substance blanche. La pie-mère présente dans la partie correspondante une coloration plus intense, parfois même quelques petites ecchymoses. Ces traces de contusion sont ordinairement assez limitées et situées à la partie du cerveau qui a reçu le choc du coup ou de la chute.

D'autres fois encore, on ne trouve à l'autopsie que des signes d'une congestion généralisée; arborisations vasculaires à la surface des circonvolutions, injection des méninges; les sinus sont distendus, les ventricules sont remplis de sérosité; mais il n'y a aucune trace d'hémorragie ou de contusion cérébrale.

Parfois enfin on ne trouve à l'autopsie aucune lésion matérielle

appréciable, soit que les troubles fonctionnels de la circulation cérébrale n'aient pas laissé de traces, soit que les accidents mortels reconnaissent uniquement pour cause un ébranlement moléculaire de l'encéphale, sans lésion matérielle appréciable à nos moyens d'investigation, constituant en un mot la *commotion cérébrale*.

Nous ne prétendons pas que des accidents de cette nature n'arrivent qu'à des ivrognes. Mais quand nous considérons d'une part l'état des centres nerveux chez les alcooliques et l'action exercée sur ces centres par l'ivresse actuelle, et d'autre part l'insignifiance de la violence exercée, nous sommes bien forcés de reconnaître que celle-ci n'est, dans l'immense majorité des cas, qu'une cause occasionnelle des accidents, que la cause efficiente en réside dans l'état pathologique antérieur des centres mêmes. Est-il étonnant que dans un cerveau gorgé de sang et dont les vaisseaux sont depuis longtemps malades, ceux-ci se rompent sous l'influence de la moindre cause occasionnelle et qu'il se produise des hémorragies mortelles ? Quand des éléments nerveux sont gravement altérés dans leur composition et leur structure, quand ils se trouvent tout imprégnés de leur poison, croit-on qu'ils puissent résister à des chocs, à des commotions comme s'ils n'étaient point malades ? S'ils sont frappés de mort par une violence qui, sur un organisme sain, n'aurait exercé aucun trouble grave, faut-il s'en étonner ? Et à quoi faut-il attribuer la cause de la mort : à la violence qui en toute autre circonstance eut été insignifiante ou à l'alcoolisme qui depuis longtemps l'avait préparée et l'avait rendue inévitable ?

Ce qui tend singulièrement à confirmer cette opinion que le grand rôle dans les cas de cette espèce doit être accordé aux lésions organiques préexistantes, c'est qu'à la suite de grands excès, la mort peut être le résultat de l'ivresse elle-même, en dehors de toute espèce de violences. Elle se produit généralement au milieu de symptômes d'apoplexie comateuse, stertor, lividité, embarras de la respiration. Quelquefois elle est très rapide; elle peut même être tout-à-fait subite. Ce résultat semble d'ailleurs être favorisé par certaines circonstances telles que la colère, une émotion vive, l'excitation d'une rixe, etc. Les lésions anatomiques n'ont rien de caractéristique : on trouve généralement alors aussi l'injection des membranes et la congestion du cerveau, quelquefois l'hémorragie méningée; d'autres fois aussi une congestion étendue des poumons. La diversité même de ces caractères anatomiques prouve que les phénomènes morbides ne sont plus subordonnés aux lésions, mais que celles-ci doivent être considérées comme l'effet des modifications subies par les centres nerveux sous l'influence de l'alcool.

Aussi, dans certaines circonstances, l'expert médical se trouve-t-il

fort embarrassé pour décider si ce sont les violences exercées contre un ivrogne qui ont *occasionné la mort* de celui-ci. Les constatations nécroscopiques ne lui fournissent parfois que des indications très incertaines, et c'est par l'étude attentive du commémoratif qu'il doit arriver à se créer une conviction.

Observation II. — Le dimanche 17 juin 1888, le nommé Delr... Ferdinand à V... se trouvait dans un état d'ivresse profonde. Il se prit de querelle avec un de ses compagnons. Le père de celui-ci intervint à un moment donné. Il saisit Delr... par la gorge et le repoussa violemment en arrière. Delr... perdit l'équilibre et sa tête alla donner contre le rebord d'un trottoir. On le releva inanimé; il était mort.

A l'autopsie, nous constatons à la face postérieure de la tête, au niveau de la bosse occipitale, une plaie contuse de 3 centimètres de longueur, irrégulière, à bords taillés obliquement de bas en haut. La plaie ne pénètre pas jusqu'à l'os, mais nous trouvons sous la plaie une infiltration de sang dans les tissus jusqu'au périoste. Le crâne n'est pas fracturé. A l'intérieur de celui-ci, il y a un vaste épanchement sanguin qui occupe toute la base et se prolonge jusque dans le canal médullaire. Cet épanchement, en partie coagulé, comprime le cervelet, la moelle allongée et la partie supérieure de la moelle.

Nous concluâmes : 1° que la mort était due à la compression exercée sur le cerveau par l'épanchement sanguin; 2° que cet épanchement était le résultat de la chute qui avait produit la plaie de la tête; 3° que par son abondance et en raison de sa localisation, cet épanchement avait dû déterminer la mort immédiate.

Il n'y avait pas de doute ici que l'épanchement sanguin reconnaissait pour cause la violence exercée contre la victime. Mais il était à présumer que l'état d'ivresse où celle-ci se trouvait, n'avait pas été sans influence sur la production de l'hémorragie.

Observation III. — Le nommé V..., à H..., âgé de 50 ans, alcoolique et sujet à des attaques d'épilepsie, se trouvait le soir dans un cabaret du village. Après bien des libations, une dispute s'éleva au cours de laquelle l'un des assistants repoussa V... violemment contre un mur. Il glissa à terre, se releva, puis immédiatement retomba sans connaissance sur le sol. On l'emporta chez lui où il mourut le 4^e jour sans avoir repris connaissance et après avoir présenté une paralysie presque complète du côté gauche.

A l'autopsie, nous trouvons une contusion étendue dans le cuir chevelu du côté droit. Le crâne est intact; mais dans l'intérieur de la boîte osseuse nous trouvons un vaste épanchement sanguin entre le crâne et la dure-mère. Celle-ci est décollée presque sur toute la convexité de l'hémisphère droit. A côté de cette lésion, nous trou-

vons des altérations vasculaires de date évidemment ancienne. Nous crûmes cependant ici encore devoir conclure que la violence subie par V... avait été la cause *occasionnelle* de la mort ; mais nous insistâmes expressément sur la prédisposition évidente qui existait aux accidents de cette nature en raison des lésions anciennes déterminées par l'alcoolisme et par l'épilepsie.

Observation IV. — Le nommé Deb... se livrait à de fréquents excès de boisson. Un jour qu'il rentre en état d'ivresse, il a avec sa femme une querelle dans laquelle il paraît que celle-ci lui aurait porté des coups à l'aide d'un tisonnier. Deb... sort de chez lui et à quelques pas de sa maison il tombe mort sur la voie publique.

A l'autopsie, nous ne trouvons aucune trace des coups qu'il aurait reçus. Nous constatons des signes de congestion cérébrale ; injection des méninges, arborisations à la surface des circonvolutions, distension des sinus, aspect piqué de la substance blanche à l'incision, etc. Il y a en même temps de la congestion pulmonaire et une augmentation notable de volume du cœur, sans lésion valvulaire marquée.

Les coups que Deb... pouvait avoir reçus de sa femme n'avaient évidemment eu aucune influence sur les accidents qui avaient amené la mort.

Observation V. — Le matin du dimanche 14 novembre 1886, on trouva sur la voie publique dans la commune de N... le cadavre de Henri W... Il portait à la tête un grand nombre de contusions et de plaies ; il était couvert de boue et avait la face tout ensanglantée. On ne doutait pas que la mort ne fût due à un crime.

A l'examen du cadavre, nous vîmes immédiatement que les nombreuses plaies qu'il portait à la tête étaient tout à fait superficielles et sans aucune gravité ; le crâne était intact ; le cerveau présentait quelques signes de congestion ; les deux poumons étaient le siège d'une congestion très étendue et le lobe inférieur du poumon droit présentait un noyau d'hépatisation de 7 centimètres de hauteur. Nous jugeâmes que W... avait succombé à une congestion du cerveau et des poumons déterminée par le froid et favorisée par l'ivresse. L'enquête démontra en effet que dans la soirée de la veille W... s'était présenté dans plusieurs cabarets déjà porteur de ses blessures et en état d'ivresse profonde. Il s'était sans doute endormi sur la voie publique où il n'avait pas tardé à être saisi par le froid qui, l'ivresse aidant, avait déterminé la congestion pulmonaire à laquelle il avait succombé.

Observation VI. — Le nommé X..., un ivrogne incorrigible, attaque en plein marché le nommé A..., auquel il doit de l'argent que celui-ci lui a réclamé. A... le repousse. X... tombe en arrière comme une

masse. Il reste un moment étourdi, puis il se relève et s'enfuit d'un air égaré. Ce n'est qu'à une grande distance de là qu'on parvient à le saisir et on le conduit à l'hôpital. Arrivé là, le blessé a plusieurs vomissements répandant une odeur alcoolique très prononcée. Il est en proie à un délire furieux auquel succède bientôt un état comateux. Il ne tarde pas à présenter de l'hémiplégie à droite. On diagnostique une compression du cerveau, et il est même question un moment de pratiquer la trépanation. Le malade succombe, et à l'autopsie on ne trouve ni fracture du crâne, ni épanchement sanguin, ni aucune lésion appréciable. Cette observation, dont nous sommes redevables à un de nos confrères, ne s'explique, nous paraît-il, que comme un accès d'alcoolisme aigu terminé par la mort et survenu à l'occasion du traumatisme.

En dehors de cette prédisposition aux accidents graves des plaies de tête, il est d'autres effets propres à l'ivresse et qui peuvent exercer la plus fâcheuse influence sur les blessures des ivrognes. Le caractère le plus fréquent de l'alcoolisme est la diminution de la sensibilité et l'effet anesthésique de l'ivresse était connu bien longtemps avant la découverte du chloroforme. Il faut croire que la douleur physique a aussi son utilité dans l'ordre des phénomènes vitaux : car ce n'est pas toujours sans inconvénient et sans danger qu'on la supprime. L'effet narcotique ou anesthésique de l'alcool a pour l'ivrogne cette conséquence déplorable qu'il ne se soucie en aucune façon d'une blessure souvent sérieuse dont, en raison même de son insensibilité, il ne paraît pas soupçonner la gravité. Cette blessure serait sans aucune suite fâcheuse si elle était immédiatement soignée et pansée. Grâce aux progrès de la chirurgie moderne et des méthodes antiseptiques, l'immense majorité des plaies guérit aujourd'hui par première intention. Mais il faut pour cela qu'elles soient le plus tôt possible soumises aux mesures de nettoyage, de désinfection, de réunion et de pansement nécessaires. Ce sont précisément ces précautions élémentaires que l'ivrogne néglige toujours. Après un pansement sommaire, souvent sans aucun soin du tout, le blessé se remet à boire, et ce n'est que plusieurs heures après, quand les fumées de l'ivresse se sont dissipées, qu'il s'adresse à un chirurgien. Pendant ce temps, des surfaces osseuses dénudées sont restées exposées à l'air libre, les plaies se sont souillées d'impuretés de toutes espèces; déjà l'inflammation se développe, la suppuration est devenu inévitable. C'est à la suite de ces grossières imprudences que l'on voit si souvent des plaies qui, si elles avaient été convenablement soignées, auraient été guéries au bout de quelques jours de repos, se compliquer d'accidents graves, parfois mortels, et entraîner, dans tous les cas, des incapacités de travail prolongées.

Nous citons ici un exemple de cette insensibilité de certains ivrognes qui a quelquefois de si graves conséquences. Cette observation jette d'ailleurs un triste jour sur le degré d'abrutissement auquel certains individus arrivent sous l'influence de l'ivresse.

Observation VII. — Dans le courant de l'année dernière, à l'occasion d'une noce de village, des jeunes gens s'étaient réunis pour tirer des coups de fusil. Ces réjouissances n'allaient pas naturellement sans de copieuses libations. Dans la soirée tous les tireurs étaient ivres; les esprits surexcités; les uns et les autres se mirent à vanter leur adresse: on s'adressa les défis les plus absurdes. L'un des tireurs s'engagea par bravade à fournir une cible vivante: un pari fut tenu. Le malheureux se mit en position. Un de ses amis chargea son fusil d'une balle à papier, ajusta et fit feu. « Touché, fit le premier, j'ai perdu. » Après quoi sans se soucier du sang qui coulait, on se remit à boire et le blessé rentra chez lui à pied à trois quarts de lieue de là. Ce n'est que le surlendemain que se trouvant dans l'impossibilité de marcher, il fit appeler un médecin qui se contenta de prescrire l'application de compresses imbibées d'une solution phéniquée. Quand nous vîmes le blessé à quelques jours de là, nous trouvâmes la plus grande partie de la fesse droite réduite en un putrilage infect. Les tissus complètement noircis et gangrénés ne permettaient plus de reconnaître autre chose qu'un trou de plusieurs centimètres de diamètre et très profond. Le blessé était atteint d'une fièvre ardente. Il se trouvait d'ailleurs dans des conditions hygiéniques déplorables; couché dans une espèce de taudis, il remplissait toute la maison de cette odeur terrible de gangrène. Il ne tarda pas à succomber. A l'autopsie nous découvrîmes au fond de la plaie au milieu d'un amas de débris gangréneux une balle de papier de près de 3 centimètres de diamètre.

Il est bien évident que si ce blessé avait immédiatement reçu les soins que réclamait son état, si le corps étranger avait été extrait, la plaie désinfectée et convenablement pansée, les conséquences en auraient été fort simples et la guérison assurée. Il n'est pas douteux que c'est à l'imprudence et à la négligence de la victime qu'il fallait surtout rapporter la cause de ces accidents mortels: or, cette négligence elle-même n'admet d'autre explication que son état d'ivresse au moment où il avait été blessé.

De tout ce qui précède, nous croyons pouvoir tirer quelques conclusions que nous résumons dans les propositions suivantes:

1° L'alcoolisme aggrave considérablement le pronostic des blessures.

2° L'ivresse actuelle constitue toujours pour les blessés une circonstance fâcheuse:

a) Parce qu'en raison du trouble des fonctions locomotrices, elle provoque fréquemment des chutes plus ou moins graves;

b) Parce qu'en raison de l'état de la circulation cérébrale et des éléments nerveux, elle constitue une prédisposition aux complications graves des plaies de tête;

c) Parce qu'en raison de son action anesthésique, elle fait négliger au blessé les précautions immédiates les plus indispensables.

II.

Dans la graduation des peines, le législateur a surtout pris en considération l'intention des coupables; mais il a tenu compte aussi des conséquences plus ou moins graves du crime ou délit. Et après avoir distingué entre les blessures qui ont été faites volontairement et celles qui sont le résultat d'une imprudence ou d'une maladresse, il s'est attaché pour qualifier l'offense et mesurer la peine, au résultat matériel des blessures. Or, la gravité de ce résultat dépend souvent, nous venons d'en donner encore de nouvelles preuves, d'une foule de circonstances tout-à-fait étrangères à l'auteur.

Quoi qu'il en soit, l'art. 399 du Code pénal punit de peines plus fortes l'auteur de coups et blessures si celles-ci ont occasionné une incapacité de travail ou une mutilation que si elles n'avaient pas eu ce résultat.

L'art. 401 prévoit les cas où les blessures faites volontairement mais sans intention de donner la mort l'ont pourtant occasionnée. Pour qu'il y ait lieu à l'application de cet article, il faut que la violence ait été la cause directe de la mort. La loi ne pose aucune règle à suivre dans cette appréciation; mais il est de jurisprudence constante que les coups et blessures tombent sous l'application de l'article visé alors même qu'ils n'auraient occasionné la mort qu'en raison d'un état de maladie préexistant. L'art. 401 n'exige pas que les coups et blessures aient été la cause unique de la mort, mais seulement qu'ils l'aient occasionnée; il n'exclut donc pas du résultat matériel toute autre cause concomitante. L'auteur des blessures est responsable de leurs conséquences, et il suffit que la victime ait succombé à la violence pour que sa mort devienne un élément nécessaire de culpabilité.

Par « blessure » il faut d'ailleurs entendre toute lésion produite par l'action d'une violence extérieure, soit que la cause vulnérante ait été dirigée contre le corps, soit que le corps ait été poussé contre la cause vulnérante ou même que cette dernière n'ait agi que par contre-coup.

Si nous devons appliquer ces principes juridiques aux faits qui

ont été l'objet de cette étude, nous devons bien reconnaître que l'alcoolisme de la victime ou son état d'ivresse actuelle ne peut soustraire l'auteur de la violence à l'application de l'article 401.

On peut après tout ce que nous en avons dit, se demander si cela est bien conforme à l'équité et si l'un des éléments constitutifs de la criminalité ne fait pas ici défaut, l'intention. Mais telle est la loi, telle est la jurisprudence. Il faudrait pour échapper à cette conclusion que le tribunal se bornât à établir que la mort de la victime ne doit pas être mise sur le compte de l'auteur de la violence.

Il en est tout autrement cependant si les accidents ne sont survenus que par la négligence et l'incurie du blessé. Si celui-ci n'a pas pris les précautions et ne s'est pas soumis aux soins que réclamait son état.

Il y a faute de sa part et on ne peut plus imputer à l'auteur de la violence les accidents dérivant d'une cause qui lui est étrangère.

Il résulte de tout ceci que les alcooliques et les ivrognes constituent dans la société un danger permanent, non seulement par le mal qu'ils peuvent faire, mais aussi par les accidents dont ils sont la propre victime. Presque tous les ivrognes sont méchants, agressifs, violents. Quel est l'honnête homme qui soit assez sûr de son calme et de son sang-froid pour pouvoir assurer qu'ayant à se défendre contre les entreprises d'un de ces sauvages, il saura toujours se maintenir dans les bornes exactes de la légitime défense? Si le malheur veut qu'ayant frappé à son tour, son coup maladroit aille achever l'œuvre que depuis des années l'alcoolisme accomplissait en silence dans cet organisme ruiné, avec les regrets éternels de son action, il aura encore à répondre devant la justice d'un crime dont, en toute équité, il n'est pas coupable. Quand donc comprendra-t-on que l'ivrogne incorrigible est autrement dangereux pour ses concitoyens que tel maniaque ou tel dément? La liberté individuelle de l'ivrogne est-elle donc plus respectable que celle du fou que l'on fait enfermer dans un asile? En Amérique et en Angleterre, pays de liberté cependant par excellence, les meilleurs esprits réclament depuis longtemps le droit pour le juge de faire enfermer dans des asiles spéciaux et pour un temps indéterminé celui qui par sa conduite aurait prouvé qu'il est incapable de résister à la passion qui l'entraîne à boire. Des établissements nombreux se sont déjà élevés pour recueillir les victimes de l'alcoolisme, et l'expérience a prouvé qu'une réclusion prolongée dans ces asiles est le seul moyen de guérir ces malheureux, quand il y a encore quelque espoir de guérison. Ce sont là des exemples à suivre, et qui, nous en avons le ferme espoir, ne tarderont pas à être suivis dans notre pays. Cela vaudra mieux que toutes les lois contre l'ivresse, et que les amendes ou les jours de prison qui n'ont jamais corrigé un alcoolique.

VISITE A QUELQUES ASILES D'ALIÉNÉS.

Un grand nombre de mes collègues de l'ancien et du nouveau monde m'envoient périodiquement leurs rapports sur la situation des asiles à la tête desquels ils se trouvent placés; je les remercie de l'honneur et du plaisir qu'ils me font et je tâcherai de communiquer dorénavant d'une manière régulière aux aliénistes belges un résumé de leurs travaux.

Twenty-ninth annual report of the medical superintendent of the state asylum for Insane criminals Auburn N. Y. 1888.

Ce rapport m'a intéressé particulièrement, la question des asiles pour aliénés criminels étant en ce moment à l'étude en notre pays.

L'asile d'Auburn renfermait le 1^{er} oct. 1887 206 aliénés : 202 H. 14 F.

Admis dans le courant de l'année. 57 » 1 »

Sortis » » » » » 55 »

Les sorties comprennent :

22 hommes guéris.

7 » améliorés.

21 » non améliorés.

2 » non aliénés.

3 » décédés.

Des aliénés guéris, 16 furent transférés en prison, 2 dans un établissement de réforme; 3 furent relâchés, leur peine étant expirée; 1, non condamné, fut mis en liberté sur l'ordre de la justice.

Les chiffres ci-dessus permettent d'établir la proportion des guérisons et des décès. Deux fois la mort était la suite de la phtisie pulmonaire; une fois elle était due à un épanchement cérébral et pulmonaire.

La tuberculose joue un grand rôle dans la mortalité. Sur 94 décès survenus depuis l'ouverture de l'asile en 1859, 24 étaient dus à cette affection; 10 décès avaient pour cause la paralysie; 5 l'épilepsie.

Le no-restraint est appliqué à Auburn d'une manière presque complète. Les malades qu'on regarde comme simulateurs sont temporairement isolés pour être mieux observés; les malades vicieux et dangereux sont internés dans leur chambre pendant les heures de repos des infirmiers.

Le médecin en chef, M. Carlos F. Macdonald, signale la fréquence des idées de persécution et des hallucinations de l'ouïe chez ses malades; la même chose a été observée en Belgique. Dans ces

conditions, ces malheureux sont irritables, soupçonneux, portés à expliquer de travers les actes de leur entourage, souvent homicides.

Beaucoup d'aliénés d'Auburn se sont utilement occupés; ils ont fourni pendant l'année 21,264 journées de travail.

On met beaucoup de soin à donner aux malades des distractions et des amusements; le directeur médical donne une liste détaillée des nombreuses fêtes musicales, dansantes, théâtrales, gymnastiques auxquelles la population de l'asile a été invitée.

Le recrutement du personnel dans une institution de ce genre doit être chose difficile; M. Carlos F. Macdonald s'est occupé particulièrement d'assurer la position des surveillants et d'établir de bons rapports entre eux et l'état-major médical. Les surveillants, en entrant à l'asile, reçoivent un règlement imprimé leur donnant toutes les indications nécessaires. Leurs gages peuvent être de 18 jusqu'à 20 dollars par mois. Le médecin dit que les changements survenus dans son personnel sont moins nombreux qu'antérieurement et que le service se fait dans de meilleures conditions.

Le tableau des causes de la folie pour les malades admis depuis le 30 septembre 1875 me semble très intéressant :

	Hommes.	Femmes.	Total.
Coups sur la tête	11		11
Troubles dans les affaires	1		1
Emprisonnement	79	2	81
Méningite chronique	2		2
Énormité du crime	1	1	2
Épilepsie	13	2	15
Fracture du crâne	0	1	1
Crainte de la punition	2		2
Accès d'angoisse	1		1
Coup de feu à la tête	3		3
Maladie du cœur et onanisme	2		2
Hérédité	11	2	13
Hérédité et séquestration	3		3
Intempérance	16	1	17
Intempérance et syphilis.	4		4
Intempérance et excès vénériens	3		3
État maladif.	9		9
État maladif et remords.	2		2
Infidélité de l'épouse	4		4
Imbécillité	15	1	16
Ataxie locomotrice.	1		1
Onanisme	59		59
Onanisme et excès de tabac.	1		1
A reporter	243	10	253

	Hommes.	Femmes.	Total.
Report	243	10	253
Bruit des machines	1		1
Sénilité	1		1
Opiophagie	1		1
Paralysie	1		1
Phtisie pulmonaire	8		8
Séduction	1	1	2
Coup de soleil	2		2
Affection utérine	0	1	1
Non aliénés	37	2	39
Cause inconnue	291	13	304
	586	27	613

Biennial report of the officers of the Vermont state asylum for the Insane, for the two years ending July 31st, 1888.

Le directeur de cette institution, M. le docteur Draper, donne les statistiques habituelles sur le mouvement de la population, l'âge, la résidence, la profession, l'état civil, etc.. des aliénés admis; sur les formes de la folie, les décès, et ainsi de suite. Nous ne nous y arrêtons pas, mais nous jetterons un coup d'œil sur une partie originale de ce rapport.

Notre collègue se demande si certaines formes ou certaines phases déterminées de la folie ne naissent pas sous l'influence de certaines causes également déterminées. La solution de cette question est rendue difficile par le fait que la folie résulte en général du concours de plusieurs causes, dont les effets se mêlent, se confondent, se masquent et ne peuvent par suite être rapportés à leur cause réelle. Pourtant la réponse est affirmative pour M. le docteur Draper. Il importe donc de rechercher avec soin la cause ou les causes de la folie; cette recherche permet de comprendre mieux chaque cas et de suivre avec plus de précision la marche du processus rapide; elle sera plus souvent fructueuse qu'on ne serait porté à le croire.

Sur 212 cas admis dans l'espace de deux années, l'auteur a trouvé

8	cas de folie	épileptique.
7	»	» paralytique.
6	»	» puerpérale.
6	»	» de l'âge de retour.
7	»	» alcoolique.
2	»	» narcotique.
2	»	» syphilitique.
27	»	» par onanisme.
4	»	» sénile.

L'hérédité existait 88 fois et elle semblait être la cause dominante dans quelques cas. On voit alors de grandes modifications dans le développement de la folie, les défauts de caractère deviennent de plus en plus marqués; souvent les héréditaires sont considérés plutôt comme des vicieux que comme des fous.

D'après M. Draper, à une cause déterminée correspondent une marche et des symptômes déterminés; il voudrait voir s'étendre et généraliser la classification étiologique. De cette manière les affections mentales rentreraient dans la loi commune et seraient classées d'après les mêmes causes que les autres maladies.

Crichton royal Institution, Dumfries. Annual report year 1888.

• Rapport court, mais substantiel.

La proportion des guérisons par rapport aux admissions est de 24 p. cent pour les hommes, de 31 pour les femmes, moyenne 27,5; pour les cinq années antérieures la proportion était de 50,8. Le médecin-directeur, M. James Rutherford, l'aliéniste écossais bien connu, attribue cette différence dans les chiffres au grand nombre d'entrées sur lesquelles les résultats favorables sont calculés.

Mortalité moyenne annuelle, calculée sur le chiffre moyen des malades présents : hommes, 7,9; femmes, 7,2; moyenne, 7,5.

L'asile est occupé par un grand nombre de malades payants; sur 294 admis, 110 appartiennent à cette classe.

11 malades volontaires, c'est-à-dire, admis sans certificat de folie, sont compris dans la population.

La plupart des malades sortis non guéris ont été confiés à des familles. Cette pratique a été fréquemment suivie dans les dernières années, et elle a eu pour résultat la diminution du chiffre des aliénés indigents colloqués. Tout le monde en a profité : « les malades placés
« au dehors, qui ont pu jouir d'une vie moins factice, plus naturelle
« que celle de l'asile; les aliénés qui restent à l'asile ont été l'objet
« de meilleurs soins de la part du corps médical; l'asile, dont les
« quartiers se débarrassent des malades chroniques, inoffensifs et
« qui ne réclament pas aucun traitement; conséquemment l'asile
« peut recevoir des cas urgents; les contribuables, qui ont moins à
« payer pour l'entretien des malades indigents. Il arrive même que
« les familles acceptent des secours pour leurs malades placés à
« l'asile, mais se chargent elles-mêmes de leur entretien quand elles
« voient qu'ils sont capables de vivre au dehors; ce qui constitue
« encore une diminution des charges. »

L'asile possède un fonds destiné à compléter dans certains cas la pension insuffisante payée par les parents; pendant l'année écoulée

43 malades ont joui des bienfaits que procure cette institution de charité.

Nous notons encore l'extension considérable donnée aux propriétés de l'asile; les terrains primitifs comprenant 40 acres servent à donner de l'occupation et de la récréation aux pensionnaires; les terrains acquis plus tard, 300 acres, sont réservés aux indigents.

A Kirkmichael, situé à 10 milles de l'établissement, existe une maison de campagne où plusieurs malades de la haute classe peuvent s'installer; trois messieurs ont pu se livrer à la chasse sur une étendue de 3000 acres; d'autres, plus nombreux, ont pu s'amuser à la pêche.

Treize femmes occupent depuis quatre ans deux pavillons situés à Maryfield, à peu de distance de l'asile. Elles n'ont ni gardiennes, ni servantes, et font elles-mêmes tout leur ménage. M. Rutherford, en faisant cet essai, a voulu prouver que ces malades n'avaient besoin ni de la surveillance minutieuse, ni de l'installation coûteuse de l'asile; il a pleinement réussi. Seulement le caractère de cet essai s'est plus ou moins perdu depuis la mort de la vieille aliénée qui était à la tête du ménage. On a été obligé de la remplacer par une surveillante, avancée en âge, qui, plutôt que d'accepter une pension, a préféré se charger d'un service facile.

Das asyl Ilten. Die ersten 25 Jahre seines Bestehens.

L'asile privé du Dr Wahrendorf, situé à Ilten, dans le Hanovre, célébra en 1887 le 25^{me} anniversaire de son existence; à cette occasion, le directeur-propriétaire publia, sous le titre mentionné, un rapport complet sur l'origine et le développement de son institution. Beaucoup de détails relatés dans cet écrit n'intéresseraient guère nos collègues, mais nous croyons devoir signaler les diverses formes de l'assistance des aliénés pratiquées à Ilten. Certains malades occupent l'asile fermé; d'autres habitent des fermes dépendant de l'établissement; d'autres enfin vivent sous le régime du patronage familial. Nous allons dire quelques mots de ce dernier mode d'assistance, tel qu'il est appliqué à Ilten.

Le Dr Wahrendorf était venu à Gheel en 1871 pour étudier le fonctionnement du système; son beau-fils, le Dr Hesse, y resta quelques jours en 1882. Les premiers essais furent faits à Ilten avec trois familles et quatre malades; le nombre des nourriciers augmenta rapidement, et en 1882 les trois villages Bilm, Hoever et Ahlten entrèrent dans le mouvement. Au commencement de l'année 1886, plus de 110 aliénés jouissaient de la vie de famille; ce sont jusqu'ici

exclusivement des hommes qui ont été placés dans ces conditions. L'auteur le regrette; il voudrait accorder aux femmes aussi les bienfaits du régime familial, mais il tiendrait à les placer dans une région complètement séparée, tant il craint pour elles le contact de personnes à moralité douteuse. Nous approuvons fort les scrupules du directeur d'Iltén; la question de la moralité des aliénés et de leur entourage ne nous cause pas peu de préoccupations.

M. Wahrendorff se trouve pourtant dans de bien meilleures conditions que nous pour recruter ses malades. Il le dit dans son rapport, et ce qu'il dit est rigoureusement exact : nous recevons à Gheel un grand nombre de malades incompatibles avec le régime familial. Les administrations envoient leurs aliénés à Gheel parce que le tarif de la journée d'entretien y est moins élevé qu'ailleurs et sans se demander si ces aliénés sont à leur place dans notre colonie; les praticiens qui délivrent le certificat médical sont souvent (il faudrait dire : ordinairement) incompetents en fait de psychiatrie et incapables de donner des indications utiles aux autorités.

A Iltén, au contraire, le directeur de la colonie est en même temps le directeur de l'asile fermé; il prend ici les malades qu'il croit convenir là-bas; il les reprend en cas de nécessité. Le choix se fait donc en toute liberté par une personne compétente et intéressée; l'échange a lieu avec toutes les facilités désirables. Une situation aussi favorable ne peut jamais exister pour Gheel; seulement il importe que tôt ou tard, grâce à des mesures que je n'ai pas à rechercher ici, le recrutement de nos aliénés s'opère d'une manière plus judicieuse; il importe aussi qu'on nous aide à nous débarrasser sans difficultés et sans retard — ce qui n'est pas le cas aujourd'hui — des éléments incompatibles avec le régime de notre asile.

Le Dr Wahrendorff ayant consacré une partie de son rapport à la comparaison de Gheel avec Iltén, je me suis laissé entraîner dans ce sens; je reprends le cours de mon résumé pour constater les effets favorables du régime familial tel qu'il est pratiqué à Iltén. Ces effets se sont toujours montrés chez les aliénés réellement faits pour ce système. Des individus ayant perdu toute impressionnabilité, sont sortis de leur assoupissement, ont pris de l'intérêt à ce qui les entoure; des malades oisifs ont repris le travail à la vue de l'activité qui règne autour d'eux. La vie affective s'est réveillée et l'on a observé des guérisons et une série d'améliorations notables. C'est un honneur pour notre collègue d'avoir appliqué le premier en Allemagne un système qui rend un certain nombre de malades à la liberté, à la vie de famille et au travail. Puisse son exemple trouver des imitateurs!

The family system in practice. — A Report of the condition of the boarded-out insane in Massachussetts, by HENRY R. STEDMAN, M.D.

Dans son livre : *The Insane in the United-States and Canada*, publié en 1885, le Dr Hack Tuke disait que dans l'Amérique du Nord aucun essai n'avait été fait pour se rapprocher du système familial. Le rapport ci-dessus prouve qu'il n'en est plus ainsi. Son auteur a étudié avec soin la situation des aliénés placés dans des familles dans l'État de Massachussetts; ces aliénés étaient au nombre de 66 le 3 novembre 1888. Ce n'est pas une étude théorique que le Dr Stedman a écrite; il se contente de communiquer le résultat de ses observations personnelles faites sur les lieux où le système familial est appliqué. Nous ne faisons ici que mentionner ce rapport; nous avons l'intention de l'analyser dans un prochain numéro de notre Bulletin.

18th report of the State Homœopathic asylum for the Insane at Middletown, N.-Y.

Ce rapport très étendu est consacré en partie à la relation d'une visite faite en 1888 à la colonie de Gheel et à de nombreux asiles d'autres parties de l'Europe.

La qualification d'asile homœopathique nous a engagé à examiner plus particulièrement la nature des médicaments employés; nous en donnant une liste incomplète, en regrettant de ne pouvoir donner leur action physiologique et thérapeutique d'après le Dr Talcott : apis mellifica, camphor, cocculus, colchicum, colocynthus, conium maculatum, hypericum, haschich, lycopodium, opium, platina, spongia.

Le chiffre des résultats favorables s'est élevé à 100 guérisons et 31 améliorations notables sur 672 malades traités pendant l'année, sur 217 admissions et 213 sorties. La proportion des décès est de 5,35 sur l'ensemble des malades traités.

Sixth Biennial Report of the Illinois Eastern Hospital for Insane at Kankakee, par le Dr R. DEWEY.

Nous avons parlé longuement de cet établissement dans notre analyse du livre de Hack Tuke : *The Insane in the United-States and Canada*. Kankakee est un modèle du système des asiles à constructions séparées. Nous n'avons donc pas à y revenir *in extenso*.

Disons que le système permet d'organiser l'assistance des aliénés avec moins de dépenses; de mieux occuper les malades (le nombre des aliénés occupés est de 66,6 pour cent); de leur donner plus de liberté et une vie plus rapprochée de la vie de famille. Le chiffre des malades traités à Kankakee du 1 octobre 1886 au 30 juin 1888 est de 2121. Il y a eu 512 sorties, dont 162 guérisons et 111 améliorations, et 149 décès. Une école pour la formation du personnel fonctionne à Kankakee comme dans beaucoup d'autres asiles américains et anglais.

18th Annual Report of the Buffalo state asylum for the year 1888, par le Dr J. ANDREWS.

Une grande partie de ce rapport est consacrée à l'assistance des aliénés dans l'État de Buffalo. L'auteur énumère les diverses institutions destinées à recevoir ces malades : asiles de l'État pour le traitement des cas aigus; asiles de l'État pour les cas chroniques; asiles des comtés recevant des cas aigus et des cas chroniques par disposition législative; asiles des comtés pour les cas chroniques avec l'autorisation de l'administration de la charité; asiles des comtés traitant des cas chroniques sans autorisation quelconque; enfin, asiles privés. Le public a donc un large choix pour le placement de ses malades, mais le médecin de Buffalo demande qu'on unifie le service et que ce soit l'État qui prenne à sa charge l'assistance des aliénés indigents.

Report of the medical Superintendent of the provincial Asylum at St. John, New Brunswick, par le Dr T. STEEVES.

Population au commencement de l'année, 455 malades. Admissions 115. Sorties par guérison, 41; par amélioration 21; sans modification 10; par décès, 49.

Ce rapport très étendu ne touche guère à des questions d'intérêt général.
(A suivre.)

Variétés.

Interdiction des séances publiques d'hypnotisme.

Le maire de Marseille, suivant l'exemple de son collègue de Bordeaux, a pris le 5 avril dernier l'arrêté suivant :

« Considérant que les séances publiques d'hypnotisme et de suggestion portent atteinte à la santé et à la morale publique; que les séances ont donné lieu, ces jours derniers, à *des scènes de désordre grave*;

« Vu la loi du 5 avril 1884, art. 97;

« ART. 1^{er}. Toutes les séances publiques d'hypnotisme et de suggestion sont et demeurent interdites.

« Conséquemment, les expériences de M. Donato, succédant à M. Piekmann, sont supprimées. »

Un arrêté du gouvernement grand-ducal de Mecklembourg-Schwerin a interdit les représentations d'hypnotisme qu'un magnétiseur voulait donner à Rostock.

La police de Genève vient également d'interdire les séances publiques d'hypnotisme.

Considérant que la vulgarisation des phénomènes de suggestion ne peut que faciliter l'accomplissement de certains crimes, le gouvernement portugais a interdit les représentations publiques d'hypnotisme, qu'il regarde, en outre, comme dangereuses non seulement pour la santé des « sujets, » mais pour celle des spectateurs.

Le premier asile d'idiots en Italie.

Cet asile vient d'être ouvert à Chiavara (Liguria). C'est le premier établissement de ce genre établi en Italie. Il sera dirigé suivant les mêmes règles que les asiles qui existent et fonctionnent bien dans d'autres pays. Il recevra, et autant que possible éduquera, les malades entre 7 et 20 ans, venant de toutes les provinces du royaume.

Congrès américain international de médecine légale.

La Société médico-légale de New-York invite tous les pays à y envoyer des représentants et des travaux. Le Congrès durera quatre jours, du 4 au 7 juin. Des arrangements seront passés entre la Société de Médecine légale et les compagnies des bateaux et des chemins de fer pour la réduction des prix. Les médecins qui désirent communiquer des travaux, sont priés d'envoyer leur nom avec le titre de l'ouvrage, au Président ou au Secrétaire de la correspondance : 57, Broadway, New-York.

Congrès international de médecine mentale.

La Société médico-psychologique a décidé, dans sa séance du 29 octobre 1888, l'organisation d'un Congrès qui se tiendra à Paris du 5 au 10 août 1889.

Questions posées par le comité d'organisation : 1. *Obsessions avec conscience (intellectuelles, émotives et instinctives)*. Rapporteur : M. J. Falret. — 2. *Législation comparée sur le placement des aliénés dans les établissements spéciaux, publics et privés*. Rapporteur : M. B. Ball. — 3. *De la responsabilité des alcoolisés*. Rapporteur : M. Motet.

En dehors de ces questions, d'autres travaux concernant la pathologie générale, l'assistance publique, la législation et la médecine légale des aliénés, pourront être soumis au Congrès.

Les membres du Congrès qui voudront prendre la parole dans la discussion des questions du programme, de même que ceux qui désireront faire des communications sur d'autres sujets de médecine mentale, sont priés d'envoyer au secrétariat du Congrès les titres et conclusions de leurs mémoires, au plus tard le 15 juillet 1889.

Trois excursions scientifiques seront faites pendant la durée du Congrès : 1° à l'asile Sainte-Anne, à Paris; 2° à l'asile de Villejuif; 3° à l'hospice de Bicêtre, dans le service des idiots et épileptiques de M. le Dr Bourneville.

Congrès international d'anthropologie criminelle de 1889.

Ce Congrès se réunira à Paris du 10 au 17 août. Voici les principales questions posées :

Dernières découvertes de l'anthropologie criminelle, par le prof. Cesare Lombroso, de Turin; *Caractères anatomiques des criminels*, par le Dr Manouvrier, de Paris; *L'atavisme chez les criminels*, par le Dr Bordier, de Paris; *L'enfance des criminels et la prédisposition*

au crime, par les D^{rs} Taverni, de Rome, et Magnan, de Paris; *Les conditions qui déterminent le crime*, par le prof. Ferri, député au Parlement italien; *Classification des criminels par l'anthropologie juridique*, par le baron Garofalo, procureur du roi, à Naples; *La libération conditionnelle*, par le D^r Semal, de Mons (Belgique); *La criminalité dans ses rapports avec l'ethnographie*, par le D^r Taladriz, de Madrid; *La responsabilité morale*, par M. Tarde, juge d'instruction à Sarlat (Dordogne); *Le système cellulaire*, par le prof. Van Hamel, d'Amsterdam; *Le crime politique*, par l'avocat Laschi, de Rome; *L'anthropométrie juridique*, par M. Alphonse Bertillon, de Paris, etc.

Association britannique pour le progrès des sciences médicales.

Le prochain Congrès aura lieu à Leeds, le 30 juillet, 1^{er} et 2 août 1889. La section de *psychologie* sera tenue sous la présidence du D^r D. HACK TUKE.

Le Président prononcera un discours sur « *L'assistance d'autrefois et l'assistance actuelle des aliénés de Yorkshire.* » Il ouvrira encore la discussion sur la question : « La future assistance pour cette classe d'aliénés doit-elle se continuer sur les mêmes bases ? »

Les D^{rs} Ireland, Fletcher Beach, Revan Lewis, Savage, Shuttleworth et Wigglesworth présenteront des communications. Les médecins aliénistes qui désirent y présenter des travaux originaux sont priés d'en communiquer le titre.

Drame dans un asile d'aliénés. Mort de M. le D^r Bertani.

Une dépêche de Palerme du 12 mai annonce qu'une tragédie sanglante vient de se dérouler au refuge de mendicité de Reggio ! Le docteur Bertani, médecin de l'établissement, commençait sa tournée ordinaire dans l'infirmerie. Un certain Paolo Bolognesi, âgé de quarante-cinq ans, s'y trouvait depuis quelques jours. Il s'approcha du docteur et lui dit qu'il était fatigué de rester à l'asile, qu'il n'était pas malade, se sentant à même de gagner sa vie et qu'il voulait reprendre sa liberté. Le docteur Bertani lui promit de tenir compte de sa supplique. Bolognesi salua le docteur et se disposait à sortir, lorsque sur la porte il se trouva en face du chef infirmier Pellegrino Gazotti, qui l'invita à descendre avec lui. Alors Bolognesi, subitement, sans proférer une seule parole, sortit de sa poche un couteau bien affilé et qu'il avait aiguisé depuis peu. Avant que l'infirmier n'eût le temps de se garer, il le frappa de deux coups au cœur. Le docteur Bertani au premier

moment, ne se rendit pas compte de ce qui se passait, et, croyant à une simple querelle, il se précipita pour y mettre un terme. A son tour, il tomba foudroyé par deux coups de couteau portés par le meurtrier dans la région épigastrique. L'assassin alors chercha à fuir, et sauta par la fenêtre dans l'espoir de gagner la campagne. Malheureusement pour lui, il calcula mal son élan et se brisa un bras. Les gardiens se saisirent de lui et le remirent entre les mains des autorités.

NOMINATIONS

Le Dr von Krafft-Ebing, professeur à l'Université de Gratz, est nommé professeur de psychiatrie à la Faculté de médecine de Vienne.

Le Dr L. Bianchi est nommé professeur de psychiatrie à l'Université de Palerme.

NÉCROLOGIE

Donders

Le 20 mars dernier est décédé à Utrecht, à l'âge de 71 ans, Donders, professeur de physiologie et d'ophtalmologie à l'Université de cette ville. Il était membre honoraire de la Société de médecine mentale de la Hollande et prit une part active à ses travaux.

BULLETIN
DE LA
SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MENTALE
DE BELGIQUE.

N° 54. — Septembre 1889.

Société de Médecine mentale de Belgique.

—

Procès-verbal

de la séance ordinaire tenue au Palais de l'Université à
Bruxelles, le samedi 27 juillet 1889

Sous la présidence du D^r DE CRAENE. — D^r JUL. MOREL, Secrétaire.

M. le Président ouvre la séance à deux heures et demie en présence de MM. Cuylits, De Boeck, D'Heygere, Desguin, Lefebvre, Lentz, Morel, Peeters, Stobbaerts, Vermeulen et Wibo.

M. le professeur R. Boddaert s'excuse, par écrit, de ne pouvoir assister à la séance.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

—

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

1° De la part de MM. De Boeck, Van Audenaeren, Ségla et Pompe des lettres de remerciements, les deux premiers à l'occasion de leur nomination comme membres titulaires, les deux derniers à l'occasion de leur nomination comme membres honoraires;

2° Une lettre de M. Luys, directeur du journal « *L'Encéphale*, » faisant part de la cessation, par suite de circonstances imprévues, de la publication de cette revue périodique.

3° Des lettres de M. Semal qui regrette, par un surcroît d'occupations, de ne pouvoir accepter la proposition qui lui a été faite par M. le Secrétaire, de préparer un rapport sur le travail des délégués du Congrès d'Anvers au sujet de la classification des maladies mentales, préparatoire à la statistique internationale des aliénés;

4° Des lettres de MM. Benedikt, Guttstadt, Wille, Hack Tuke, Steenberg, Mierzejewski, Verga, Cowan, Magnan, au sujet de la nécessité de présenter au Congrès de médecine mentale qui se tiendra à Paris, le 5 août prochain, la question de la classification internationale des maladies mentales;

5° Une lettre de M. Ritti, secrétaire général du comité organisateur du Congrès de médecine mentale, priant la Société de bien vouloir se faire représenter à ce Congrès;

6° Des lettres de remerciements de la part de MM. De Windt et Van den Abeele à l'occasion des félicitations qui leur ont été transmises à l'occasion de leur promotion dans l'ordre de Léopold;

7° Une lettre du « *College of Physicians* » de Philadelphie, demandant, en échange de ses publications, une collection complète de nos travaux. — M. Morel fait observer à ce sujet que la Société ne possède plus que cinq collections complètes de ses Bulletins et qu'il croit devoir les réserver pour les nouveaux membres qui désireraient en faire l'acquisition. Après un échange d'observations, M. Morel est chargé de s'entendre avec la Société des médecins de Philadelphie au sujet d'un échange de nos publications à partir de l'année courante.

TRAVAUX IMPRIMÉS.

La Société a reçu les travaux suivants :

1° *Verlag betreffende het Gesticht Meerenberg over het jaar 1887*, door Dr C. J. Van Persijn.

2° *Verlag omtrent den toestand van het geneeskundig Gesticht voor Krankzinnigen te Dordrecht*, over het jaar 1887, door Dr J. M. Cowan.

3° *Verslag omtrent het geneeskundig Gesticht voor krankzinnigen te Utrecht*, over het jaar 1887, door Dr A. Th. Moll.

4° *Psychopathia sexualis*, par le Prof. von Krafft-Ebing, de Vienne, 4^e édition. — Ce travail est soumis à l'examen de M. Derode.

5° *Kurzgefasster Leitfaden der Psychiatrie*, par le Dr Koch, de Zwiefalten. — M. Peeters est chargé de l'examen de ce travail.

6° *Majestätsbeleidigung. Sinnesverwirrung (Krankhafter Bewusstlosigkeit) auf Grundlage von Neurasthenie* par le Prof. von Krafft-Ebing. — M. Lentz est prié d'analyser ce travail.

7° *L'électrothérapie dans les maladies mentales*, par le Dr Jul. Morel, traduction en langue russe par le Prof. Paul Kovalevski.

M. Semal promet encore l'envoi de son travail : *Des prisons-asiles pour criminels aliénés et instinctifs*.

MEMBRES NOUVEAUX.

Sont proclamés A) *Membres associés* :

MM. G. Finlay, médecin-adjoint de l'Asile de Bridgend, Glamorganshire ;

J. Batty Tuke, médecin à Edimbourg ;

J. Salgó, médecin en chef de l'Asile d'aliénés à Lipometzo (Budapesth).

G. Lemoine, professeur à la Faculté de médecine de Lille.

A. Cullerre, direct.-médecin de l'asile de La Roche-sur-Yon.

Enock Mather, médecin aliéniste à Rotterham (Angleterre).

L. Kornfeld, médecin de l'asile d'aliénés de Grottkau.

B) *Membres honoraires* :

H. Schüle, médecin en chef de l'asile d'aliénés d'Illenau.

J. Luys, médecin de la Charité, à Paris.

Ritti, secrétaire général de la Société médico-psychologique de Paris, médecin en chef de la Maison nationale de Charenton.

RAPPORT DE CANDIDATURE.

M. Morel fait connaître que M. le Dr Tournay, proposé au titre de membre titulaire, est médecin en chef de la Maison de santé de Schaerbeek et que déjà avant son entrée à cet établissement, cet honoré confrère s'était fait connaître par la publication d'une série de travaux médicaux. Il est convaincu que par son admission au sein de notre Société, M. le Dr Tournay ne tardera pas à devenir un de ses membres les plus actifs et qu'il s'empressera de collaborer à ses travaux.

M. Morel propose ensuite la candidature de M. le Dr Talcott, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Middletown (États-Unis), au titre de membre associé. Il présentera un rapport sur cette candidature dans la prochaine séance.

NOMINATION DE DÉLÉGUÉS AU CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE MENTALE DE PARIS.

M. Semal fait remarquer, à l'occasion des nominations que la Société aura à faire, qu'il ne croit pas qu'un rapport puisse être présenté par la Société de médecine mentale de Belgique au sujet de la classification internationale des maladies mentales; il estime que la Commission chargée de présenter les rapports n'a pas terminé ses travaux et que le délégué devrait se borner à mettre le Congrès au courant de ce qui a été fait jusqu'ici, tout en lui annonçant que la Commission continuera ses études.

M. Morel ne partage pas l'avis de M. Semal. Il déclare que tous les délégués de la Commission internationale, sauf celui de la France, ont présenté leurs rapports et que le travail de la Commission est suffisamment avancé pour le continuer au Congrès de Paris et même de présenter des conclusions. Il passe en revue les différentes classifications proposées par nos délégués; il en résulte que ces classifications ont été l'objet de modifications et d'améliorations au fur et à mesure qu'elles furent présentées à la Société de médecine mentale. Se basant

sur les recommandations faites au Congrès d'Anvers, les délégués qui ont été les premiers à présenter leurs rapports, ont fait une classification en grands groupes. (Aliénations mentales simples aiguës et chroniques, aliénations mentales compliquées de lésions cérébrales, aliénations mentales résultant d'une intoxication et aliénations mentales congénitales.) Ces classifications furent jugées insuffisantes par la plupart des autres délégués qui s'arrêtèrent à une série de formes morbides admises par la majeure partie des médecins aliénistes, notamment de la Grande-Bretagne, de la Russie, de la Hollande, des États-Unis. D'autres délégués, ceux des pays Scandinaves, de l'Italie, de l'Autriche-Hongrie avaient présentés des divisions en grands groupes mais avaient adjoint à ceux-ci les formes morbides correspondantes pour rendre leurs grands groupes compréhensibles.

Après les explications fournies par M. Morel, la Société rejette à l'unanimité les divisions en grands groupes. Une longue discussion s'engage au sujet du groupement des formes morbides. On entend successivement MM. Lentz, Semal, Cuyllits, De Craene, Peeters et Lefebvre. M. Morel, à l'instar des délégués, reconnaît que le moment n'est pas encore venu pour discuter la valeur scientifique des différentes formes morbides. Il rappelle à ce sujet que le Congrès d'Anvers n'exige un travail que dans le but de pouvoir préparer une statistique internationale, et à ce point de vue, si l'on excepte le tableau du délégué de l'Allemagne qui a oublié de convoquer les médecins aliénistes de son pays pour s'entendre au sujet de cette question, la plupart des autres délégués ont proposé les formes morbides. M. Morel présente le tableau suivant qui est adopté; il sera présenté au Congrès de Paris accompagné, sous forme de rapport, de l'historique du travail de la Commission.

- I. Manie et délire aigu.
- II. Mélancolie et démence aiguë.
- III. Folie périodique.
- IV. Folie systématisée progressive.

- V. Démence consécutive à une maladie mentale.
- VI. Démence consécutive à une maladie organique du cerveau (tumeurs, foyers, etc., y compris la démence sénile).
- VII. Folie paralytique.
- VIII. Folies névrosiques (neurasthénie, hypocondrie, hystérie, épilepsie, etc.).
- IX. Folies toxiques : à spécifier.
- X. Folie morale.
- XI. Idiotie, imbecilité, etc.

La Société procède ensuite à la nomination de ses délégués au Congrès international de Paris. MM. Lefebvre, Morel, Peeters et Semal sont élus à l'unanimité.

M. Morel est chargé de la rédaction du rapport.

La séance est levée à quatre heures et quart.

Le Secrétaire,
D^r JUL. MOREL.

Le Président,
D^r DE CRAENE.

DE L'ÉPILEPSIE PROCURSIVE⁽⁴⁾

PAR

GEORGES LEMOINE

Professeur à la Faculté de Lille, Médecin de l'asile de. Bailloul

ET

DELBREIL

Interne de l'asile.

CHAPITRE III.

ÉPILEPSIE AVEC AURA PROCURSIVE.

Ici, la procursion ou les troubles moteurs de même ordre, au lieu de constituer l'accès épileptique, le précèdent et peuvent être comparés à une sorte d'aura à impulsion motrice. En effet, la course marque le début de l'accès, tient la place d'une aura quelconque et l'accès se déroule ensuite avec ses symptômes ordinaires. Cependant, cette aura procursive n'existe pas toujours seule, et dans quelques cas, on la voit s'accompagner d'une aura sensitive; tel est, par exemple, le cas de B... (Observation III.)

L'aura procursive serait, à en juger par les observations que nous avons recueillies, plus fréquente que l'épilepsie procursive simple. Très certainement, si dans les asiles on la recherchait avec soin, on la rencontrerait beaucoup plus souvent qu'on ne le suppose.

(4) Suite. Voir *Bulletin de la Société Médecine mentale*, n. 53, p. 140.

L'aura procursive se montre de préférence chez des malades qui présentent des signes de déchéance physique ou intellectuelle profonds. Ce sont ceux qui sont épileptiques depuis leur enfance, qui sont idiots ou imbeciles, qui présentent des malformations du crâne, de la microcéphalie surtout, qui en sont le plus souvent atteints. Toutes les observations que nous avons recueillies viennent à l'appui de l'idée que nous exprimons, et celles qui ont été recueillies par MM. Bourneville et Mairét permettent de conclure dans le même sens. Nous avons, du reste, déjà fait remarquer que l'épilepsie procursive atteignait, elle aussi, les dégénérés plutôt que les épileptiques devenus malades à l'âge adulte. Cette constatation très importante au point de vue étiologique, permet aussi d'établir une relation de cause à effet entre les malformations physiques et les phénomènes procursifs observés au cours de l'épilepsie.

Presque toujours, sinon toujours, l'aura procursive s'installe d'emblée, c'est-à-dire qu'elle se montre dès le premier accès d'épilepsie du malade. Dans un seul cas, nous avons vu l'aura procursive survenir chez un sujet ayant présenté autrefois de l'épilepsie simple. Nous n'osons cependant pas généraliser ce fait d'observation, car, nous n'avons pu suivre que six malades de ce genre.

Tandis que dans certaines formes d'épilepsie les accès reviennent avec une régularité très parfaite, par exemple aux époques menstruelles, l'accès avec aura procursive est extrêmement irrégulier. Ce n'est que chez deux malades que nous l'avons vu coïncider avec les règles; chez les autres, il survenait inopinément. Quelque minutieux qu'ait été l'examen de l'état physique de nos épileptiques, nous n'avons pu constater chez elle aucune maladie organique pouvant être incriminée comme cause des accès et en rapport avec la procursion.

L'aura procursive consiste tantôt en une course qui ressemble à celle de l'épilepsie procursive simple, tantôt en une course moins accélérée, véritable marche au début, qui se termine par une course plus rapide. (Observation XVII.)

D'autres fois, la course est remplacée par des mouvements saltatoires; brusquement, l'épileptique saute par dessus son banc, ou bien bondit plusieurs fois sur place, ou bien sa course se compose d'une série de sauts désordonnés. Enfin, d'autres fois, l'accès se compose de mouvements rotatoires, le malade se roulant à terre ou tournant sur lui-même autour de l'axe du corps. En général, la crise qui suit l'aura procursiye est extrêmement violente. Elle se déroule avec les caractères ordinaires des accès normaux bien que le cri fasse souvent défaut.

Lorsque la crise survient la nuit, elle se passe à peu près de la même façon que le jour, l'épileptique roule à bas de son lit, se roule sur lui-même et ensuite prend sa crise; l'acte de glisser à bas du lit semble remplacer la course. Si l'épileptique est assis et attaché à son siège quand l'accès survient, il fait une série de mouvements en avant et agite les bras et les membres inférieurs comme quelqu'un qui veut s'élancer pour courir. Il nous semble donc que les positions où se trouve le corps au moment de l'accès ne modifient en rien la façon dont il se produit.

Nous allons maintenant exposer nos observations, que nous ferons suivre de commentaires, tendant tous à mettre en relief la relation qui existe entre l'épilepsie procursiye et les lésions encéphaliques primitives ayant provoqué chez les malades un état de débilité ou de dégénérescence mentale accentuée.

OBSERVATION XV (asile de Bailleul). — Idiotie épileptique. — Stigmates physiques. — Microcéphalie antérieure. — Intelligence nulle. — Impulsivité méchante. — Jamais de vertiges. — Accès procursifs sans prodromes. — Non menstruels. — 1^o Courses, pas de cris, chute avec type fléchisseur. — 2^o Absence de course. — 3^o Attachée, fait un semblant de course.

Jouv..., Deserine, célibataire, 38 ans; entrée le 4 oct. 1881. — Pas de renseignements; malformations; tête asymétrique, région occipitale peu développée; au niveau de la bosse pariétale droite on sent au toucher une déformation constituée par

une sorte d'exostose à base large, dont le sommet est surmonté d'une cicatrice. Front bas, étroit; irrégularité de l'implantation des cheveux. Les bosses frontales n'existent pas, c'est un véritable front de microcéphale. Les arcades sourcilières sont à peine marquées, les apophyses malaires peu développées, les apophyses mastoïdes légèrement saillantes. Les oreilles sont assez régulières.

Mauvais état mental. Idiotie épileptique. Impulsivité. Les actes sont purement instinctifs, concourant à la mise en marche de la vie végétative. J... bat ses voisines pour leur soustraire la nourriture. Très impulsive, si parfois la surveillance fait défaut, elle s'élance sur l'une de ses compagnes d'infortune et lui mange soit une oreille, soit le lobule du nez.

Elle ne répond que par des sortes de grognements aux questions qu'on lui pose. En un mot, nous nous trouvons en face d'un être dégradé, occupant le dernier échelon de la série humaine au point de vue des facultés intellectuelles.

Accès épileptiques, jamais vertiges. Accès fréquents, 10 à 15 par mois. Pas de relation menstruelle. Pas de prodromes; point de cri; course de 20 à 30 secondes, puis chute avec flexion du corps. Phases toniques et cloniques. Stertor, suivi de coma avec écume et incontinence d'urine. Tous les accès ne se présentent pas sous le même aspect. Parfois l'aura procursive fait défaut.

La malade, attachée à un fauteuil, exécute avant l'accès des mouvements des bras et des jambes analogues à ceux que nous accomplissons pendant la marche.

Cette malade aussi est une idiote présentant de la microcéphalie et un grand nombre de stigmates physiques en rapport avec sa déchéance intellectuelle. Elle offre de l'impulsivité psychique que l'on peut rapprocher de l'impulsivité motrice qui marque le début de ses accès. La course qui constitue l'aura dure longtemps, près de vingt-cinq à trente secondes; elle ne se produit pas toujours, puis qu'il y a quelques accès, rares il est vrai, qui n'offrent aucune manifestation spéciale. Cette malade offre un type d'épilepsie avec aura procursive, pure de tout autre symptôme surajouté.

OBSERVATION XVI (asile de Bailleul). — Épilepsie depuis l'enfance. — Démence épileptique. — Délire de persécution.

— Amnésie. — Accès fréquents non menstruels. — Cris : « au feu ! » Mouvements automatiques, puis course. — Chute, crise normale. — Saute par dessus la table.

Bat..., Marie-Anne, 29 ans à son entrée à l'asile, 30 mai 1868. — D'après les renseignements fournis par le rapport médical, il n'y aurait pas d'hérédité nerveuse. Pas d'alcoolisme. Épileptique depuis son enfance, elle commença en 1868 à manifester des signes d'aliénation mentale avec délire de persécution bien caractérisé.

Le crâne ne présente aucune malformation, la face est symétrique, les membres sont normalement développés ; la malade ne présente aucun stigmate physique. L'affaiblissement général des facultés est très notable ; la perte de la mémoire est complète, elle ignore son âge ; les sentiments affectifs ont complètement disparu, elle ignore si elle a des enfants. Le langage est incohérent ; après ses accès, elle traverse une période d'agitation ; dans l'intervalle elle a parfois des impulsions dangereuses.

Accès épileptiques. — Les accès sont fréquents mais irréguliers ; ils n'offrent aucune relation avec la menstruation.

Quelques instants avant le début de l'accès, Bat... s'agite et pousse des cris de : « Au feu, à l'assassin. » En même temps, elle exécute des mouvements incoordonnés, puis prenant son élan, se met à courir à travers la salle ; la course ne prend fin qu'au moment où, rencontrant un obstacle, la malade tombe à terre. Arrivent les phases tonique et clonique peu accentuées suivies de stertor avec absence de coma. Pâleur de la face.

Bat... est également une dégénérée, elle est épileptique depuis son enfance, et physiquement et mentalement, elle présente des signes qui permettent de la considérer comme telle. Chez elle, l'aura procursiva n'est pas aussi pure que chez la malade précédente, en ce sens qu'elle s'accompagne de cris et de mouvements variés qui la précèdent ou qui se produisent pendant sa durée. Parfois, il y a des phénomènes saltatoires.

OBSERVATION XVII. — Stigmata. — Crâne petit. — Imbecillité. — Accès rares, menstruels. — Aura de longue durée

partant du pied gauche. — Marche et course avec conscience. — Pas de chute, elle s'allonge. — Vertiges, elle se roule et se traîne.

Bouill..., Ismérie, 27 ans, célibataire. — Aucun antécédent héréditaire. Pas de maladie antérieure grave, si l'on peut s'en rapporter au dire de la malade dont l'intelligence et la mémoire sont très affaiblies; elle ne se souvenait pas à quelle époque a débuté sa maladie. Les renseignements que l'on possède sur elle nous apprennent que ses facultés intellectuelles ne se sont jamais complètement développées; elle n'a réussi à apprendre ni à lire ni à écrire. Il est donc probable que les accès épileptiques ont dû se montrer de bonne heure et se greffer sur une dégénérescence mentale apparue dans le jeune âge. Du reste, elle présente des signes physiques semblables à ceux que l'on trouve ordinairement chez les enfants qui ont eu un arrêt de développement par suite de maladies aiguës. Le crâne est petit, presque microcéphale; la face est asymétrique; la dentition est mauvaise; la ligne d'implantation des cheveux est très irrégulière et basse; strabisme interne.

Accès épileptiques. — Rares, précédés d'une aura sensitive de plusieurs minutes. Alors Bouill... se met en marche, poussée par un besoin instinctif de regagner son quartier. La douleur persiste pendant toute la durée de la course, la malade en a conscience, et, arrivée auprès de ses compagnes, elle les avertit par gestes qu'elle va tomber. L'accès survient alors, commençant par un cri; le spasme tonique est court, mais les spasmes cloniques sont intenses. Stertor, hébétude consécutive.

Cette malade présente un crâne petit, aux lobes frontaux peu développés, elle a des signes d'hérédité nerveuse; son aura est tout à la fois sensitive et motrice, une douleur se produit le long de la jambe gauche en même temps que survient l'impulsion motrice. Pendant toute l'aura, la malade est consciente. Fait très particulier à noter : elle marche, poussée par l'idée fixe qu'elle doit rentrer à son quartier et ne se met à courir que lorsqu'elle s'en approche. Il faut remarquer chez elle l'association de vertiges avec phénomènes moteurs aux accès avec aura motrice.

OBSERVATION XVIII. — Fièvres éruptives du jeune âge (rougeole, scarlatine). Convulsions. Début de l'épilepsie à 10 ans. — Accès menstruels. — Aura visuelle et aura procursive. — Saute, court, tombe en poussant un cri. — Contractures limitées aux membres du côté gauche à la suite d'un seul accès. — Émotivité.

Dufr..., Léonie, 25 ans, entrée le 3 novembre 1886. — Père alcoolique mort d'une affection cardiaque. Mère très nerveuse. Aucun membre de la famille n'a eu d'attaque d'épilepsie ou quelque affection analogue. Le premier accès a débuté à 14 ans à la suite d'une frayeur. Femme robuste. Lobules des oreilles soudés; face et crâne asymétrique. Très impressionnable, elle ne peut supporter la vue d'une voisine en proie à une attaque convulsive.

Accès épileptiques. — Accès en rapport avec la menstruation. En outre des symptômes précurseurs, elle a une aura procursive accompagnant invariablement chaque accès. Tout d'un coup elle voit, dit-elle, comme un brouillard qui lui obscurcit la vue. A ce moment, elle perd connaissance et se met à courir. A peine a-t-elle fait 20 pas, qu'elle tombe à terre en poussant un cri. L'accès se continue avec les phases clonique et tonique.

Les accès sont souvent nocturnes; alors, la malade saute à bas du lit, se met à courir et, comme pendant le jour, tombe en poussant un cri.

Ce que nous remarquons d'intéressant dans cette observation, c'est la coïncidence constante de l'aura procursive avec l'aura visuelle. S'il nous était permis d'établir un rapport (d'après le peu d'observations que nous avons recueillies) entre ces deux manifestations épileptiques, nous dirions que l'aura procursive dans ces cas, est absolument liée à l'aura visuelle, qu'elle en est une conséquence forcée; la malade ayant une sorte de demi-conscience, épouvantée, cherche à fuir la terrible hallucination qui l'obsède.

Il est à remarquer aussi que l'accès nocturne, contrairement à l'avis de M. Mairét, est absolument semblable à celui du jour.

OBSERVATION XIX (asile de Bailleul). — R..., Blanche, couturière, 21 ans. — Nous n'avons aucun renseignement sur le début de la maladie, ni sur les antécédents personnels; nous ignorons si la malade a eu quelque affection aiguë du jeune âge. Ce que nous pouvons affirmer, c'est que nous avons affaire à une épilepsie à marche rapide, ayant amené la démence à brève échéance. La tête, petite, est ovale, symétrique; le crâne n'offre aucune irrégularité. Le front est petit, bombé comme en carène; les bosses frontales sont un peu exagérées; la droite présente une large cicatrice bleuâtre assise sur une légère exostose. L'état mental de R... est très affaibli. C'est le type vrai de la démence épileptique; perte complète de la mémoire, incohérence du langage, embarras de la parole, etc. Après les accès, on remarque régulièrement une agitation maniaque très notable. R... a de mauvais instincts, elle recherche ses compagnes plus jeunes et se livre parfois sur elles à des actes immoraux; la masturbation pour elle est un passe-temps.

Accès épileptiques. — Les accès sont peu fréquents et ne correspondent pas aux règles; ils sont complets. Tous sont précédés d'une aura saltatoire. Quelques moments avant l'accès, le facies change, devient pâle et se contracte légèrement; tout à coup, R... pousse un cri, puis se met à sauter sur place deux ou trois fois. Ce sont de véritables bonds qui lui permettent parfois de sauter au-dessus de la table. L'accès se continue avec phase tonique et clonique, dilatation des pupilles, puis stertor et coma. Parfois, l'accès se réduit à ces sauts et bonds extraordinaires et constitue en somme un simple vertige saltatoire.

C'est le seul cas d'aura saltatoire qu'il nous a été donné d'observer; ceci ne doit pas nous étonner, car en parcourant les différentes observations qui ont trait à la question, nous n'avons pas trouvé d'aura saltatoire aussi nette que chez R... Il en faut conclure que cette manifestation est plus rare que les autres. Peut-être l'observerait-on plus fréquemment au début de l'épilepsie procursive, peut-être n'est-elle que le premier degré de la course, l'ébauche d'une marche plus ou moins accélérée. L'observation même de R... paraît donner une certaine base à notre hypothèse, puisque déjà on

observe parfois, au lieu de sauts ou bien accompagnant les sauts, une course de quelques mètres. Nous apprécierons la valeur du vertige saltatoire dans le chapitre que nous consacrons à l'étude des vertiges en général.

OBSERVATION XX (asile de Bailleul). — Épilepsie datant de l'enfance. — Convulsions à 1 an 1/2. — Démence épileptique. — Stigmates physiques. — Accès très fréquents. — Elle parle puis se traîne, tombe. Crise complète. — Aura sensitive. — Aura procursive. — Vertiges non procursifs.

Clar...., Joséphine-Marie, sans profession, célibataire, a 26 ans 1/2 à son entrée à l'asile, 2 novembre 1885. — Meurt le 14 juin 1889.

Pas d'antécédents. C'est une femme d'apparence chétive dont la face offre le teint verdâtre des chlorotiques. La tête est ovale, asymétrique, assez bien développée, sauf dans les régions antérieures; le front est bas, comme légèrement bombé à sa partie médiane; les bosses pariétales n'existent pas. La face est asymétrique; le nez, mal implanté, est écrasé à sa partie moyenne; la bouche offre une mauvaise dentition et une voûte palatine profonde; les dents sont crénelées, les oreilles petites et soudées; les pupilles sont inégales; la parole est très difficile et embarrassée; les lèvres, la langue n'offrent point la moindre trémulation. L'état mental est très mauvais, la démence épileptique est atteinte; la malade répète incessamment quelques mots incompréhensibles qui forment tout son vocabulaire. Après ses accès, elle a parfois de l'agitation maniaque.

Accès épileptiques. — Les accès épileptiques sont très fréquents, 30 à 40 par mois; ils sont plutôt diurnes que nocturnes. Clar... a une aura sensitive suivie de procursus. La course s'arrête au moment où la malade rencontre un obstacle. Phases tonique et clonique. Stertor et coma.

Elle a des vertiges procursifs.

La malade est morte en état de mal épileptique le 14 juin 1889; la relation de l'autopsie sera donnée plus loin.

CHAPITRE IV.

PROCURSION POST-ÉPILEPTIQUE.

Cette forme d'épilepsie est très rare; jusqu'à présent, il n'y en a eu qu'un seul cas de publié. On le trouve dans le travail de MM. Bourneville et Bricon et leur a été communiqué par M. Cullerre.

A ce fait unique, nous pouvons en joindre deux que nous avons observés à l'asile de Bailleul. Ils se rapprochent beaucoup du précédent, mais cependant en diffèrent en ce sens que les deux malades dont il s'agit présentent des accès épileptiques de diverses natures. Chez une de nos malades, la procursio est remplacée dans quelques accès par des mouvements de rotation autour de l'axe du corps, symptôme que l'on peut identifier avec la procursio. On ne doit pas le confondre avec les faits d'automatisme post-épileptiques signalés par Bourneville et par Mairét. La malade de Mairét qui, après ses attaques se dirige machinalement vers la porte, tâche d'ouvrir, regarde par la serrure, n'est pas une procursive, mais offre de l'automatisme. Peut-être y a-t-il entre ces deux ordres de phénomènes une relation qu'on établira plus tard; mais pour l'instant, il importe de les séparer.

OBSERVATION XXI (asile de Bailleul). — Stigmates de dégénérescence physique. Démence épileptique. — Accès répondant à des types différents. — Accès ordinaires. — Accès suivis de procursio. — Accès avec mouvements rotatoires. — Vertiges procursifs.

Led..., Agnès, 26 ans, célibataire. Entrée à l'asile le 21 juillet 1883. — On ne possède aucun renseignement ni sur les antécédents héréditaires ni sur les antécédents personnels de cette malade. On ignore depuis quand elle est épileptique. Sa maladie doit remonter loin, à en juger par l'état mental.

Le crâne et la face sont asymétriques; le crâne est développé

surtout dans les régions antérieures, ce qui le fait un peu ressembler à un crâne d'hydrocéphale; la région occipitale est comme enlevée en coup de hache. Les apophyses malaires sont régulièrement saillantes; la partie inférieure de la face est peu développée.

Le front est large et haut; la ligne d'implantation des cheveux est irrégulière et empiète sur les régions sourcilières; les oreilles sont petites, régulières; les lobules, rudimentaires, sont soudés. La face est ovale, symétrique; la dentition est mauvaise et irrégulière; la voûte palatine est profonde; les yeux sont petits; bléharite ciliaire. Aucune trace de cicatrices. Pas de troubles de la motilité; sensibilité intacte. Les facultés intellectuelles sont très affaiblies et la malade en est arrivée à la démence épileptique; il est impossible de fixer son attention; elle n'a plus de mémoire et ne peut donner aucun renseignement sur son passé. Elle répète toujours les mêmes mots, sans leur donner de signification. Elle présente des accès très différents dans leur forme. On peut cependant les répartir en trois classes :

- 1° Accès épileptiques ordinaires;
- 2° Accès suivis de procursioin ;
- 3° Accès sans aura, avec phase tonique suivie de mouvements de rotation autour de l'axe du corps.

Tous ces accès présentent des relations curieuses avec la menstruation; les accès ordinaires correspondent à la menstruation en pleine période, les accès rotatoires à la période terminale et les accès suivis de procursioin se montrent dans l'intervalle des époques menstruelles.

Le cas de Led... est curieux, car il nous montre chez le même sujet l'association de plusieurs types d'accès différents, mais entre lesquels on soupçonne des relations intimes. Cette malade présente des vertiges procursifs simples, des accès d'épilepsie banale, des accès suivis de procursioin et des accès rotatoires. On doit donc admettre que les deux formes principales présentées par elle, c'est-à-dire la procursioin post-épileptique et la rotation sur l'axe sont des symptômes du même ordre pouvant être identifiés l'un avec l'autre et répondant à une même cause. Il semble même qu'ils soient en rapport dans une certaine mesure avec des modifications de

la circulation, puisque les uns se montrent dans l'intervalle des règles et les autres à la fin de la période menstruelle. Des variations dans la pression intra-vasculaire cérébrale ou des mouvements congestifs dans les centres nerveux sont donc probablement ici les causes occasionnelles des accès.

OBSERVATION XXII (asile de Bailleul). — Épilepsie de l'enfance. — Méningite. — Démence épileptique. — Accès ordinaires sans phase clonique. — Accès où la phase clonique est remplacée par la procursion. — Rareté des accès ordinaires. — Début avec l'apparition des premières règles.

Desw..., Victorine-Charlotte, sans profession, âgée de 12 ans à son entrée à l'asile de Bailleul, 30 août 1879. — Cette fille est épileptique depuis son enfance; elle aurait eu à ce moment une méningite dont nous ne pouvons préciser la forme; elle est seule épileptique dans sa famille. Certains renseignements nous apprennent qu'avant son entrée à l'asile elle tombait souvent et qu'au sortir de ses crises elle courait dehors sans avoir conscience de ses actes.

Le crâne est carré, aplati dans tous les sens, aucune partie ne fait saillie; il est symétrique; le front est très bas; la ligne d'implantation des cheveux empiète sur les régions sourcilières; la base du nez est large et directement implantée sur le front; le maxillaire inférieur est peu développé; apophyse malaire exagérée. Les lobules sont adhérents, la dentition mauvaise, la voûte palatine profonde. A son entrée à l'asile, Desw... était relativement intelligente, elle savait lire et écrire, s'occupait à différents petits travaux; l'intelligence s'est éteinte peu à peu. Aujourd'hui nous avons affaire à une véritable démente.

A son arrivée, la malade ne présentait pas d'accès ordinaires, ces derniers sont apparus avec la menstruation; maintenant encore ils sont rares, mais ne coïncident toutefois pas avec cette fonction physiologique.

Les accès sont maintenant de deux ordres :

- 1° Accès incomplets sans phase clonique;
- 2° Accès complets avec procursion remplaçant la phase clonique.

Cliniquement, la procursion post-épileptique ne diffère guère de celle que nous avons observée avant et pendant

l'attaque. C'est toujours la même impulsion motrice avec perte de connaissance, et, en somme, que la course ait lieu au commencement ou à la fin de l'accès, ses caractères restent les mêmes; nous ne ferons donc remarquer que quelques particularités offertes par ces malades.

Ce sont encore des dégénérées; comme la plupart des précédentes, elles présentent des signes de malformation physique ou de débilité mentale; ou bien elles ont eu des méningites dans leur première enfance; ou bien elles sont nées avec des malformations crâniennes, résultat probable de méningite fœtale. Leur épilepsie est survenue de bonne heure, dans la toute première jeunesse, évidemment en rapport avec les lésions de l'encéphale ou de ses enveloppes; c'est donc là une épilepsie symptomatique. L'étiologie de la procursion ne change donc pas, qu'on ait affaire à de la procursion pendant l'aura, pendant ou après la crise. Cette constatation, sur laquelle nous reviendrons encore, paraît indiquer que la procursion est en rapport avec une lésion particulière des centres nerveux.

La procursion implique toujours un pronostic très grave. Les épileptiques qui la présentent, au lieu de guérir, voient leur maladie s'aggraver. L'intelligence est rapidement touchée. La plupart de ces malades, il est vrai, ont subi dans leur enfance un arrêt de développement intellectuel; mais les autres, ceux chez lesquels la procursion survient tardivement, présentent rapidement de l'affaiblissement des facultés, la mémoire surtout et arrivent à la démence.

CHAPITRE V.

VERTIGES PROCURSIFS.

Le vertige procursif est une manifestation rarement exclusive de l'épilepsie procursive. Comme dans l'épilepsie ordinaire, nous avons toujours vu, sauf dans un cas que nous

relaterons bientôt, le vertige procursif lié soit à des accès avec aura procursive (Observation XIX) soit à des accès avec post-procursion (Observation XXI et XXII).

Notre malade S^t-G... est épileptique depuis une douzaine d'années, mais ce n'est que depuis quatre ou cinq ans qu'elle nous offre le vertige procursif. Ici, les renseignements nous manquent et nous ne savons à quelle cause attribuer cette apparition de vertiges procursifs. Il est probable que nous devons cet exemple unique de vertige procursif exclusif à un début d'épilepsie procursive. Cette manière de voir n'est-elle pas corroborée par la genèse des accès épileptiques que nous avons observés chez Led... et Des... Au début, ces malades avaient des vertiges qui sont maintenant remplacés par des accès procursifs. D'ailleurs, nous ne nous écartons point de la règle générale; ne voyons-nous pas l'épilepsie (nous parlons de l'épilepsie débutant dans l'enfance), suivre une marche ascendante, débiter par les absences et les vertiges pour arriver à se constituer en un tableau symptomatique plus ou moins complet.

Si les exemples de vertiges procursifs sont peu nombreux, nous attribuons cette disette, comme le font MM. Bourneville et Bricon, à la difficulté que l'on éprouve à classer dans telle ou telle classe, telle ou telle manifestation épileptique. Toutes les divisions jusqu'ici artificielles faites pour la facilité de la description sont arbitraires. Toutefois, nous pouvons, sans craindre de nous induire en erreur, présenter comme types à peu près parfaits de vertiges procursifs les cas de R... (Observation XIX) et de S^t-Georges que nous allons relater.

OBSERVATION XXIV (asile de Bailleul). — S^t-G..., 26 ans, mariée, rentrée à l'asile le 7 mars 1889; elle y avait déjà fait un séjour de 18 mois, de juillet 1884 à janvier 1886.

C'est une femme d'apparence robuste; la tête, petite, est assez régulière, la région occipitale est toutefois légèrement exagérée. Le front est bas et étroit, l'implantation des cheveux est mauvaise, empiétant sur les arcades sourcilières qui sont saillantes. Les lobules des oreilles sont soudés; la dentition est régulière; pas d'imperfection palatine; il y a un peu de prognathisme.

L'état mental est déjà très affaibli ; la malade n'est pas encore démente, elle s'approche de ce terme à grands pas. Presque toujours en excitation maniaque, son langage est incohérent ainsi que ses actes.

Avant les accès elle présente pendant près d'une demi-heure une véritable manie procursive pendant laquelle elle marche, court à demi-consciente, traverse la salle, frappe aux murs et aux portes. Assise, St-G..., sans cri, se lève, saute au dessus de la table, saisit les objets proches et se met à courir, absolument inconsciente à ce moment, et tout à fait insensible. Ces vertiges durent une demi-minute. Les accès ordinaires sont très violents.

Ce que nous observons chez St-G... n'est pas à proprement parler de la course; c'est même ce qui nous permet d'en faire du vertige pur; c'est plutôt une tendance à la course. Prenant toujours comme point de repère le vertige simple épileptique, nous voyons que le vertigineux est un individu en semi-résolution et dont certaines parties du corps, le visage souvent, sont animés de tics convulsifs. Nous avons affaire à un état intermédiaire entre l'homme sain et l'homme qui tombe du mal comitial. Le vertigineux est un véritable défaillant qui se laisse rouler lentement s'il ne trouve point d'appui, mais qui ne tombe point brusquement. St-G... se trouve dans ce cas. Après s'être levée brusquement, elle se laisse couler, tout en manifestant une tendance au mouvement, phénomène analogue aux convulsions légères dont est animé le vertigineux simple.

Nous pourrions en dire autant de R... dont l'observation est rapportée plus haut.

Les cas de Des... et Led... sont plus difficiles à classer et, comme Bourneville et Bricon, nous nous demanderons si véritablement nous avons affaire à du vertige ou bien à un véritable accès procursif incomplet ayant tendance à se convertir en accès épileptique ordinaire. La marche de la maladie nous engage fortement à partager cette opinion; les vertiges ont paru tout d'abord sur la scène et ont été remplacés petit à petit par les accès ordinaires.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

On ne connaît pas les lésions qui tiennent sous leur dépendance les phénomènes de la procursio au cours des attaques épileptiques ou, du moins, les cas d'épilepsie procursive avec lésions constatées à l'autopsie sont trop rares pour qu'on puisse tirer une conclusion de leur étude. Tout ce que l'on peut dire c'est que l'épilepsie procursive est en relation, d'une manière plus évidente que toute autre forme d'épilepsie, avec des lésions de l'encéphale et en second lieu que ces lésions se développent presque toujours pendant la première enfance.

On pourrait construire ainsi le schéma d'une observation d'épilepsie procursive : enfant naissant bien conformé, présentant des phénomènes méningitiques quelques mois après sa naissance et consécutivement se développant mal tant au point de vue physique qu'intellectuel. Après un temps plus ou moins long, l'épilepsie procursive apparaît, l'intelligence s'obscurcit, la démence arrive vite et, lorsque la mort survient, on trouve à l'autopsie des lésions cérébrales évidemment en rapport avec les accidents observés dans la première année de la vie.

Ces lésions n'existent pas toujours ou du moins on ne les a pas toujours trouvées, mais leur fréquence relativement au petit nombre d'autopsies qui ont été faites est telle que ce que nous venons de dire est applicable à la majorité des cas.

Parmi les observations retrouvées par MM. Bourneville et Bricon chez les auteurs qui se sont occupés les premiers de la question, on peut citer les suivantes, où l'autopsie a été faite.

Leur observation XIII, prise dans Bérard aîné, note une hémorragie protubérantielle, abondante, qui avait transformé la protubérance en une poche remplie de sang.

Une observation de Romberg lui est comparable, dans le ventricule latéral gauche, il existait un épanchement assez considérable d'un sang noir, coagulé, qui avait pénétré de l'hémisphère voisin par une déchirure pratiquée entre les

couches optiques et les corps striés. Le corps strié droit présentait une excavation longitudinale étroite, revêtue d'une membrane brune, foncée et entourée de substance cérébrale un peu dure. Le réseau vasculaire à la base du cerveau était en grande partie incrusté.

Dans une observation de Bourneville, les lésions trouvées à l'autopsie sont les suivantes : atrophie de l'hémisphère cérébral droit, du pédoncule cérébral et de la pyramide du côté droit, de l'olive gauche et de la moitié gauche de la moelle. Le cervelet est beaucoup moins atteint que les hémisphères cérébraux : il faut du reste remarquer que ce n'est que tardivement qu'apparurent les premiers phénomènes procursifs, peut-être quand le cervelet fut atteint par le processus dégénératif. Les ventricules latéraux sont dilatés, il y a donc eu de l'hydrocéphalie.

M. Bourneville fait suivre une autre observation des réflexions suivantes :

Duch... a d'abord été un épileptique procursif dont les accès se sont progressivement transformés en accès vulgaires. Il a succombé à un pyo-pneumothorax et à une péricardite purulente. Son autopsie présente deux points particuliers. L'hémisphère cérébral gauche qui pèse 25 grammes de moins que le droit, présente la partie moyenne des circonvolutions frontales ascendantes et le lobe occipital diminués de volume. Les première et deuxième occipito-temporales, ainsi que la frontale interne et la circonvolution du corps calleux offrent un état chagriné. Mais la lésion la plus importante et la plus ancienne se constate sur le cervelet, l'hémisphère cérébelleux gauche est atrophié et sclérosé ; c'est là incontestablement la lésion initiale la plus prononcée de toutes celles observées sur l'encéphale de Duch...

Ces cas sont extrêmement démonstratifs, car ils mettent en saillie deux faits importants :

- 1° Relation de l'épilepsie procursive avec une lésion des centres nerveux, particulièrement du cervelet ;
- 2° Début de cette lésion pendant la première enfance.

Ces conclusions trouvent encore un appui des plus sérieux dans l'observation suivante due à Meschede. Là encore une atrophie du cervelet paraît avoir été le point de départ des phénomènes de l'épilepsie procursive.

A l'autopsie : sclérose atrophique de l'hémisphère cérébelleux droit, adhérence de la corne postérieure du ventricule latéral à l'ergot de Morand. Induration des deux olives, sclérose cérébelleuse droite plus prononcée sur le corps rhomboïdal.

Dans le cas de Meschede, dit M. Bourneville, les symptômes observés sont, d'accord avec les lésions cérébelleuses, rencontrées à l'autopsie : locomotion involontaire, rotation, démarche chancelante, bégaiement et tremblement de la parole. Mais les phénomènes procursifs présentés par le malade diffèrent quelque peu de ceux que nous avons observés sur les nôtres ; une comparaison exacte entre ces différents cas est donc impossible.

Tout aussi démonstrative que les observations de MM. Bourneville et Bricon est celle que M. le professeur Mairét vient de publier dans la *Revue de Médecine* et où l'épilepsie procursive coïncidait avec une atrophie du cervelet et d'une partie du lobe occipital gauche du cerveau.

Autopsie (MAIRET). — Les lésions trouvées à l'autopsie de Rou... sont de deux ordres :

Les unes consistent en une inflammation chronique de la dure-mère, de l'arachnoïde et de la pie-mère. L'inflammation de la dure-mère est disséminée sur toute la partie de cette membrane qui tapisse la convexité du cerveau ; l'inflammation de l'arachnoïde est limitée à la faux du cerveau, au niveau de laquelle nous trouvons même une véritable néo-membrane ; celle de la pie-mère enfin consiste en trainées laiteuses le long de la scissure de Sylvius.

A cette inflammation chronique s'ajoutait une congestion générale des vaisseaux du cerveau, dont les veines étaient gorgées d'un sang noir.

Les lésions du second ordre atteignent la substance nerveuse elle-même et siègent au niveau de l'hémisphère cérébelleux droit et de la face interne du lobe occipital gauche.

Si vous comparez le lobe occipital gauche et le lobe occipital droit, vous voyez que le premier présente sur sa face interne, à cheval sur la scissure perpendiculaire interne, des circonvolutions ratatinées en une fraise volumineuse, aux dépens du lobe occipital. Ces circonvolutions ainsi atrophiées sont résistantes à la pression, crient sous le scalpel et offrent tous les caractères macroscopiques, tous les caractères microscopiques d'une atrophie par une inflammation chronique, par sclérose. L'hémisphère gauche pèse 40 grammes de moins que l'hémisphère droit.

Cette même induration, cette même sclérose se retrouvent encore au niveau du tiers supéro-interne de l'hémisphère droit du cervelet, qui est, ainsi que vous pouvez le constater, beaucoup plus petit que son congénère. Cette sclérose cérébelleuse est superficiellement placée et gagne peu en profondeur, mais le pédoncule cérébelleux droit est nettement plus petit que celui du côté opposé ; enfin, sur le bulbe, les habencæ calami offrent à droite une disposition spéciale, une large bandelette blanche, d'un millimètre de largeur environ.

En résumé donc, les lésions trouvées à l'autopsie de Rou... consistent : d'une part, en une congestion de tous les vaisseaux du cerveau et en une inflammation chronique des méninges, et, d'autre part, en une atrophie scléreuse de la face interne du lobe occipital gauche et de la partie supéro-interne de l'hémisphère droit du cervelet.

Or, si les lésions du premier ordre, celles qui consistent en une congestion et en une inflammation chronique des méninges, sont des lésions banales qu'on retrouve chez tous les anciens épileptiques, on peut se demander s'il en est de même des lésions scléreuses. Et, en effet, ces dernières sont anciennes. Si vous examinez le crâne et si vous comparez les deux fosses occipitales, vous trouvez que la fosse occipitale droite, c'est-à-dire celle qui correspond au lobe cérébelleux

atrophié, est nettement plus petite que celle du côté opposé ; ce qui ne peut s'expliquer que par ce fait que, dans son développement, le crâne s'est modelé sur le volume de l'organe qu'il avait à contenir. *Cette atrophie remonte à l'enfance, et probablement à la première enfance.*

Nous n'avons eu l'occasion de ne faire qu'une seule autopsie de malade atteinte d'épilepsie procursive. C'est celle de la nommée Cl... dont l'observation XX est relatée plus haut. Elle n'est pas tout à fait comparable aux précédentes, car nous n'avons trouvé aucune lésion du cervelet.

Autopsie. — Il existait seulement sur le cerveau des manifestations congestives récentes en rapport avec les accès qui avaient amené la mort et des lésions visiblement anciennes, foyers de ramollissement, peut-être en rapport avec le développement de l'épilepsie.

Voici en quelques mots ce qui a été constaté.

Méninges adhérentes, cerveau mou et difficile à décortiquer ; la pie-mère et la surface des circonvolutions sont fortement injectées et présentent de petites suffusions sanguines disséminées, nombreuses, surtout autour de la scissure de Sylvius gauche. Au niveau de la partie postérieure de la troisième circonvolution frontale gauche, un peu en avant de la scissure de Sylvius, existe une suffusion sanguine large comme une pièce d'un franc.

A la partie inférieure du lobe frontal gauche, en avant de la scissure de Sylvius, entre elle et le sillon orbitaire, existe un point de ramollissement de la grosseur d'un petit pois, grisâtre, entouré d'une coque fibreuse. Un peu plus en avant, en dehors du sillon orbitaire, existe une petite dépression en forme de cupule à fond lisse. Au niveau de la partie antérieure des deux premières circonvolutions temporales gauches, les méninges offrent une teinte ecchymotique, sur laquelle on trouve la substance cérébrale grisâtre et un peu ramollie. On voit encore un petit point de ramollissement, gros comme

une lentille, au niveau de la partie postérieure de la troisième temporale.

Sur l'hémisphère droit, on note à la partie inférieure du lobe frontal, en dehors du sillon olfactif, une petite dépression à fond grisâtre, vestige d'un foyer de ramollissement.

Les couches optiques sont congestionnées. Les vaisseaux situés entre la capsule interne et le noyau lenticulaire sont dans chaque hémisphère très dilatés. Rien de particulier sur le cervelet ni sur le bulbe.

Les lésions cérébelleuses ne sont donc pas de règle dans l'épilepsie procursive, et nous pourrions citer encore deux observations de MM. Bourneville et Bricon où l'autopsie ne montra que des lésions banales, congestion, adhérences, petites suffusions hémorragiques.

Il est difficile d'ajouter quelque chose aux réflexions dont nous avons fait suivre les relations d'autopsies que nous venons de rapporter.

Leur examen montre qu'au point de vue anatomique, les phénomènes procursifs, ainsi que les mouvements de rotation observés chez les épileptiques, sont liés le plus souvent à une lésion cérébelleuse, cette règle n'ayant rien d'absolu, puisqu'il existe des faits contradictoires.

DES BASES

D'UNE BONNE

Statistique internationale des Aliénés

Rapport sur les travaux des délégués de la Commission internationale
nommée au Congrès d'Anvers, en 1885

PAR

Le Dr JUL. MOREL, membre titulaire.

La Société de Médecine mentale de Belgique a présenté au Congrès de phrénatrie qui s'est tenu à Anvers, en 1885, la question : « Des bases d'une bonne statistique internationale des maladies mentales. » Elle ne méconnaissait pas les difficultés de l'entreprise et spécialement celle de la question préalable « la classification des maladies mentales. » Dans l'exposé de la question l'honorable rapporteur, M. le professeur Lefebvre, avait cité successivement les noms des principales autorités du monde psychiatrique qui vainement avaient essayé d'aboutir à une solution en se basant sur un terrain exclusivement scientifique.

Néanmoins, et uniquement dans le but de parvenir à une statistique internationale des aliénés, le Congrès tenta un nouvel effort et accepta la nomination d'une Commission internationale dont les différents membres auraient les pouvoirs les plus étendus pour s'entendre avec les Associations médico-psychologiques des différents pays. Ces membres correspondraient avec le bureau de la Société de Médecine mentale de Belgique, qui coordonnerait les travaux de la Commission.

Cette Commission était composée de MM. D. Hack Tuke, pour la Grande-Bretagne; Ranaer, pour la Hollande; Steenberg,

pour les pays Scandinaves; Magnan, pour la France; Wille, pour la Suisse; Verga, pour l'Italie; Guttstadt, pour l'Allemagne; Benedikt, pour l'Autriche-Hongrie; Mierzejewski, pour la Russie; Solá, pour l'Amérique méridionale et Clark Bell, pour l'Amérique du Nord.

L'idée dominante au Congrès d'Anvers au sujet de la confection d'une classification des maladies mentales, dans le seul but de pouvoir établir une statistique internationale, était que cette classification devait être aussi simple que possible, que le nombre des types devait être très limité.

Si l'on excepte le projet de classification du Conseil d'administration de l'Association médico-psychologique de la *Grande-Bretagne* avec les modifications proposées par M. D. Hack Tuke, l'histoire des rapports de nos autres délégués présente un caractère éminemment instructif. Les premiers rapporteurs, imbus des recommandations faites au Congrès, ont présenté les classifications les plus simples, les divisions en grands groupes.

Nous avons d'abord le travail de M. le Professeur Guttstadt, délégué de l'*Allemagne*. Il se réduit à cinq groupes :

1. Aliénations mentales simples.
2. Aliénations mentales avec paralysie.
3. Aliénations mentales avec épilepsie ou hystéro-épilepsie.
4. Imbécillité et idiotie.
5. Delirium potatorum.
6. Non aliénés

Ces groupes ne permettent guère de classer avec fruit les formes morbides généralement admises par la généralité des médecins aliénistes. Nous devons observer en plus que M. Guttstadt s'est borné à présenter la classification telle qu'elle est employée pour les statistiques de son pays. Il nous avait annoncé une réunion ultérieure des médecins aliénistes allemands pour la discussion de cette classification. Nous regrettons beaucoup que cette réunion n'ait pas eu lieu.

M. le Prof. Wille, notre délégué pour la *Suisse*, a consulté

les collègues de son pays au sujet de la mission qu'il avait à remplir. Nos confrères suisses ont présenté un projet de classification, également en cinq groupes, mais avec cet avantage que le groupement est plus intelligible. Pour en renforcer la valeur, les médecins aliénistes suisses ont cru utile de préciser les formes morbides qu'ils comptaient renfermer dans chaque groupe. Voici leur tableau :

1. Psychoses simples.
2. Psychoses organiques { Psychoses paralytiques.
 Psychoses séniles.
 Autres psychoses organiques.
3. Psychoses névrosiques.
4. Psychoses par intoxication { Psychoses alcooliques.
 Autres psychoses toxiques.
5. Psychoses congénitales (idiotie et imbécillité).

Notre délégué pour l'*Autriche-Hongrie*, M. le Prof. Benedikt, a convoqué à Vienne les principaux psychiatres de ces deux pays. Là aussi nos collègues ont compris l'imperfection de la classification allemande. Si le nombre de groupes fondamentaux de leur classification est limitée à quatre, un de ceux-ci, les aliénations mentales simples, se trouve divisé en aliénations mentales simples aiguës et aliénations mentales simples chroniques. A côté des différents groupes, l'*Autriche-Hongrie* a placé les différentes formes correspondantes :

1. Aliénations mentales simples : a) aiguës.
 Aliénations mentales simples : b) chroniques.
2. Aliénations mentales compliquées de paralysie, d'hystérie-épilepsie, d'épilepsie, de foyers, etc.
3. Aliénations mentales toxiques.
4. Aliénations mentales congénitales ou acquises dans la première enfance : idiotie, imbécillité, crétinisme.
5. Individus en observation, suicides, délinquants, etc.

On y a ajouté un cinquième groupe qui, pour pouvoir servir à un travail statistique, devrait au moins recevoir autant de divisions qu'il mentionne des objets différents.

La classement de l'Autriche-Hongrie n'est pas à l'abri d'objections et la fondamentale, à nos yeux, est une simplification trop grande, le groupement contenant des formes morbides qui méritent d'être disjointes au point de vue statistique.

Le *Danemark, la Suède et la Norvège* préparèrent leur travail en même temps que l'Autriche-Hongrie sous la direction de notre délégué, M. le prof. Steenberg. Leur tableau renferme sept grands groupes et à côté de chacun d'eux ils placent les formes morbides qui y correspondent :

- | | | |
|-----------------------------------|---|--|
| 1. <i>Psychoses aiguës</i> | { | Mélancolie. |
| | | Manie. |
| | | Démence aiguë. |
| 2. <i>Psychoses chroniques</i> | { | Mélancolie chronique. |
| | | Manie chronique. |
| | | Démences (formes secondaires d'aliénation mentales). |
| 3. <i>Psychoses dégénératives</i> | { | Monomanies. |
| | | Folie hypocondriaque. |
| | | " hystérique. |
| | | " épileptique. |
| | | " périodique. |
| | | " morale. |
| 4. <i>Psychoses alcooliques</i> | { | Délire alcoolique aigu. |
| | | Psychose " chronique. |
| 5. <i>Psychoses paralytiques</i> | | (folie paralytique). |
| 6. <i>Psychoses épileptiques</i> | { | Folie épileptique. |
| | | Épilepsie larvée. |
| | | Délire transitoire. |
| 7. <i>Idiotie</i> | { | Imbécillité. |
| | | Idiotie. |

Les rapports présentés par nos délégués de l'Autriche-Hongrie et des pays Scandinaves nous permettent de constater un nouveau progrès, le besoin absolu de se faire comprendre par les médecins aliénistes.

Les délégués des pays que nous venons d'énumérer étaient les premiers à répondre à l'appel du Congrès d'Anvers.

Sous la présidence de M. le prof. Mierzejewski, le délégué pour la *Russie*, les membres de la Société psychiatrique de St-Petersbourg décidèrent qu'il n'y avait pas lieu de présenter un tableau en grands groupes ; au moins ils ne proposèrent que la classification suivante, comprenant douze formes morbides :

Mélancolie.

Manie.

Délire partiel : aigu, chronique (Paranoïa acuta et chronica).

Démence : A) consécutive aux maladies mentales (mélancholique, manie, paranoïa), — B) consécutive aux lésions cérébrales, la démence sénile y comprise.

Paralysie générale progressive.

Folie hystérique.

Folie épileptique.

Folie périodique.

Délire alcoolique (Delirium tremens).

Délire aigu.

Faiblesse d'esprit inné (Imbecillité).

Idiotisme et crétinisme.

Cas particuliers.

Plusieurs mois s'écoulèrent avant que notre Société reçut de nouveaux rapports. M. Verga, notre délégué pour l'*Italie*, présenta en 1886 la question de la classification internationale des maladies mentales au Congrès de Sienna et, de la discussion, fort longue, il est résulté, comme pour les pays scandinaves, la présentation d'un tableau mentionnant à la fois les grands groupes et les formes morbides correspondantes :

- | | |
|----------------------------------|---------------------|
| I. <i>Psychoses congénitales</i> | A. Idiotie (1). |
| | B. Folie morale (2) |

(1) Cette division comprend l'imbecillité et le crétinisme.

(2) Ce sont des cas d'insuffisance du sentiment et des idées morales, avec tendances au crime, etc.

- II. *Psychoses simples aiguës* { A. Manie ⁽¹⁾.
B. Mélancolie.
C. Démence aiguë ⁽²⁾.
- III. *Psychoses chroniques consécutives* : Démence chronique ⁽³⁾.
- IV. *Psychoses chroniques primitives* { A. Délire systématisé ⁽⁴⁾.
B. Folie périodique ⁽⁵⁾.
- V. *Psychoses compliquées de paralysies* : Folie paralytique.
- VI. *Psychoses convulsives* : Folie épileptique.
- VII. *Psychoses toxiques* : Folie alcoolique.
- VIII. *Autres formes psychopathiques* ⁽⁶⁾.
- IX. *En observation* ⁽⁷⁾.

En jetant un coup d'œil rétrospectif sur les divisions en grands groupes prémentionnés, nous constatons d'abord que les divisions se sont multipliées au fur et à mesure que les rapports firent leur entrée successive, — ensuite que malgré les sept grands groupes présentés par les pays Scandinaves et l'Italie, il y a encore une énorme divergence d'opinion pour le classement des formes morbides correspondant aux psychoses chroniques de l'Italie et des psychoses dégénératives des pays scandinaves. Enfin le groupe des psychoses convulsives présenté par l'Italie se prête à être mal interprété.

(1) Depuis l'excitation maniaque jusqu'à la manie furieuse et le délire aigu.

(2) Stupidité ou démence primitive curable.

(3) Elle comprend, outre les démences consécutives, les cas de manie et de mélancolie chroniques et la folie systématisée secondaire.

(4) Presque tous ces cas sont héréditaires; ici il faut ranger les monomanies, les monodélires, le délire partiel, la paranoïa, le délire primitif, le délire primaire chronique (primäre Verrücktheit).

(5) Ici se classent la folie circulaire et la folie à double forme.

(6) Dans cette rubrique on placerait la folie pellagreuse.

(7) Dans cette rubrique on rangerait les cas non encore diagnostiqués, les cas douteux et les formes mixtes indéterminées, que l'on ne saurait aisément classer ailleurs.

Quant au projet de classification présenté par les *États Unis*, dont le travail a été présidé par M. Clark Bell, président de la Société médico-légale de New-York, il est presque la reproduction de celle utilisée par la Grande-Bretagne et à laquelle M. Hack Tuke propose des additions.

Voici ces deux tableaux :

Classification proposée par M. Hack Tuke.

1. Manie (aiguë, chronique, puerpérale, sénile).
2. Mélancolie (aiguë, chronique, puerpérale, sénile).
3. Stupeur avec ou sans mélancolie.
4. Délire chronique (monomanies).
5. Démences A) primaire.
B) secondaire.
C) sénile, organique (tumeurs, etc.).
6. Folie périodique.
7. Paralysie générale des aliénés.
8. Folie épileptique.
9. Folie hystérique.
10. Folie hypocondriaque.
11. Folies par intoxication.
12. Folie morale.
13. Insuffisance mentale congénitale (idiotie, imbecillité et crétinisme A) Avec épilepsie.
B) Sans épilepsie.

Classification proposée pour les États-Unis.

1. Manie (aiguë, chronique, récurrente, puerpérale).
2. Mélancolie (aiguë, chroniq., récurrente, puerpérale).
3. Folie primaire (monomanies).
4. Démences A) primaire.
B) secondaire.
C) sénile.
D) organiques (tumeurs, hémorragies, etc.)
5. Paralysie générale des aliénés.
6. Folies épileptiques.
7. Folies toxiques (alcoolisme, morphinisme, etc.).
8. Insuffisance mentale congénitale (idiotie, imbecillité, crétinisme).

La classification présentée par notre délégué, M. Ramaer, au nom de la Société de Médecine mentale de la *Hollande*, mentionne à son tour deux tableaux, un pour les formes morbides, un autre pour les grands groupes :

I. Délire ⁽¹⁾ fébrile, toxique, traumatique.

II. Processus psychopathiques.

1° Manie.

2° Mélancolie.

3° Folie paralytique (paralysie générale des aliénés, démence paralytique; démence avec paralysie incomplète).

4° Folie primaire d'emblée ⁽²⁾.

5° Folie épileptique.

6° Folie exstatique ou hystérique.

7° Folie hallucinatoire ou hypocondriaque.

8° Folie sexuelle (nymphomanie et satyriasis).

9° Folie circulaire ou périodique.

III. Etats psychopathiques.

1° Démence.

2° Idiotie et imbecillité.

3° Folie morale.

IV. Formes mal déterminées.

M. Ramaer est le seul de nos délégués qui aurait désiré l'innovation des trois grands groupes : le délire, les processus et les états psychopathiques.

(1) Ce groupe n'appartient pas à proprement parler à ce que l'on désigne généralement sous le nom d'aliénation mentale. On ne peut néanmoins méconnaître que ce sont des troubles psychiques. — La Commission internationale de 1867 partageait le même avis : « des cas appartenant à ces groupes d'affections morbides sont souvent envoyés dans les asiles, soit par erreur, soit par nécessité, soit enfin que ces établissements possèdent à cet effet des quartiers spéciaux. Ils ne doivent évidemment pas être confondus dans les tableaux statistiques avec les cas d'aliénation mentale. » (*Note de M. Ramaer.*)

(2) Hack Tuke, Magnan, Benedikt et Mierzejewski divisent cette folie en aiguë et chronique.

Les formes morbides, sauf l'adoption de la folie sexuelle (nymphomanie et satyriasis) sont à peu près les mêmes que celles présentées par l'Italie et la Russie. Les démences consécutives toutefois y font défaut. Ramaer n'a pas trouvé d'imitateurs pour ses grands groupes.

L'*Amérique méridionale* a présenté la classification suivante :

1. Manie et délire aigu.
2. Folies lypémaniques (mélancolie, stupeur mélancolique, délire des persécutions, démonophobie, agoraphobie, délire impulsif).
3. Folies toxiques : à spécifier.
4. " organiques (paralytiques, idiotie, démence, pseudo-paralysie, syphilitique).
5. " névropathiques ; épilepsie, etc.
6. " mixtes (folie circulaire).

Cette classification diffère trop des précédentes, au moins pour les grands groupes, pour que nous y insistions.

Le Bureau de la Société de Médecine mentale exprime ici le regret de n'avoir pu obtenir une décision de la part des médecins aliénistes français. Il nourrit toutefois l'espoir que le résultat des travaux des délégués de tous les autres pays exercera une influence heureuse sur la décision que le Congrès aura à prendre. L'étude de ces différents travaux a donné aux membres de la Société de Médecine mentale de Belgique la conviction que les divisions en grands groupes doivent être abandonnées, faute d'être suffisamment compréhensibles, malgré les perfectionnements que l'Italie et les pays Scandinaves y ont apportés, — que le tableau des formes morbides offre une consistance plus grande, même un intérêt scientifique supérieur. Nous constatons en effet que les médecins aliénistes du monde entier ont été unanimes à accepter les bases cliniques comme point de départ des classifications projetées, et qu'il existe une entente bien grande au sujet des formes morbides sur lesquelles on voudrait faire porter l'attention.

Aussi la Société de Médecine mentale de Belgique a-t-elle l'honneur de vous proposer à son tour le tableau des formes morbides suivantes :

1. Manie, y compris le délire aigu.
2. Mélancolie, y compris la démence aiguë.
3. Folie périodique.
4. " systématisée progressive.
5. Démence à la suite d'une maladie mentale.
6. Démence à la suite d'une maladie locale du cerveau (tumeurs, foyers, ramollissement, etc., y compris la démence sénile).
7. Folie paralytique.
8. Folies névrosiques (neurasthénie, hypocondrie, hystérie, épilepsie, etc.).
9. Folies toxiques : à spécifier.
10. Folie morale et impulsive.
11. Idiotie, imbecillité, etc.

Plusieurs pays (Russie, Italie, Grande Bretagne) réclament une place ou une rubrique à désigner sous le nom de « cas particuliers. » La Hollande en réclame une sur la dénomination « formes mal déterminées » ; l'Italie en voudrait une pour les cas « en observation. » Nous croyons qu'une rubrique « *autres cas non spécifiés* » remplacerait avantageusement les dénominations de « cas particuliers » et de « formes mal déterminées. »

Quelques délégués demandent à pouvoir mentionner les « non-aliénés » dans leurs tables statistiques.

Pour les besoins du travail statistique, plusieurs délégués ont présenté la rubrique « démence à la suite des maladies mentales. » L'existence de cette rubrique se trouve en effet justifiée par l'introduction dans nos asiles d'une série de malades pour lesquels l'interrogatoire ou les renseignements ne permettent plus de découvrir si la démence dérive d'une manie, d'une mélancolie, d'une folie périodique ou systématisée primitive, et dont le classement régulier devient conséquemment impossible.

Nos délégués de la Société de Médecine mentale n'ignorent pas que leur travail présente des lacunes et que, au point de vue scientifique, il est impossible de présenter une œuvre complète.

Nous le soumettons néanmoins à votre examen. Au cas où vous accepteriez un de ces travaux avec les modifications que vous jugeriez utiles ou indispensables, la Société de Médecine mentale, d'accord avec plusieurs délégués et notamment de la Russie et de la Grande-Bretagne, se déclarerait prête à améliorer dans la mesure du possible, le tableau des formes morbides par l'adjonction d'un autre tableau mentionnant les causes des maladies mentales.

En exposant successivement les travaux de nos délégués d'Anvers, nous constatons avec une vive satisfaction que le monde psychiatrique a compris la nécessité absolue d'établir les bases d'une statistique internationale. Plusieurs médecins aliénistes des plus distingués, appelés à coopérer à la solution de cette belle œuvre, ont su faire abstraction de leurs idées personnelles pour se rapprocher du grand but à atteindre. Et sans vouloir porter la question sur le terrain scientifique, il ne sera pas inutile de vous faire part ici que les auteurs des classifications les plus compliquées ont une heureuse tendance, au fur et à mesure qu'ils étendent leurs études, à la simplification du groupement des formes morbides.

Il est inutile de faire ressortir que jusqu'ici l'étude des statistiques des aliénés n'a guère été fructueuse. En acceptant des bases internationales nous avons la conviction que désormais, si l'œuvre des statistiques n'aura pas une valeur scientifique absolue, au moins elle sera très féconde en renseignements et rendra un bien grand service aux nations civilisées.

Manuel Technique et Pratique

D'ANTHROPOMÉTRIE CRANIO-CÉPHALIQUE

PAR

Le Professeur MORIZ BENEDIKT,

Traduit par le Docteur P. KÉRAVAL ;

ANALYSE PAR

Le Docteur CUYLITS, membre titulaire.

Un ouvrage signé par le Dr Benedikt se recommande toujours à l'attention du monde médical et il serait superflu d'en publier une analyse dans l'unique but d'en déterminer l'importance. Du reste, des œuvres de ce genre se prêtent peu à une analyse complète. Chaque chapitre y a sa valeur et il arrête l'attention. On ne peut donc condenser en quelques pages ces matériaux réunis en un volume qui en comprend plus de cent cinquante.

Mais si l'on considère que toute la première partie, si complète pourtant, ne paraît publiée qu'en vue de faire ressortir les imperfections des anciennes méthodes de mensuration, sans en méconnaître toutefois les avantages, tandis que la seconde partie veut rallier les suffrages à une méthode nouvelle de craniométrie et de céphalométrie, celle de M. Benedikt, on comprendra que nous nous arrêtons spécialement à cette dernière.

Après le chapitre consacré à la critique des procédés actuels de cubage du crâne, l'auteur décrit les systèmes de mensurations linéaires ou rectilignes.

Pour prendre ces mesures, il a fait construire un compas céphalique qui se rapproche beaucoup de celui de Broca. Il

n'attache du reste pas plus d'importance à l'un qu'à l'autre, convenant volontiers *que tous les compas peuvent servir*, quitte à transporter les distances trouvées sur une échelle métrique.

Le chapitre suivant est consacré à la mensuration sphérique ou curviligne, pour laquelle il préconise un mètre en cuir souple dont on vérifiera de temps à autre les dimensions sur une échelle métrique solide.

Mais si l'ensemble des données acquises par ces diverses méthodes et la graphique concurrente, permettent en fixant les points de la *sphère* cranio-céphalique aux trois extrémités du triangle facio-nasal, de construire à l'aise le corps solide soumis à notre observation, cette trigonométrie et cette description ne permettent point d'opérer sur le vivant.

Le *basion antérieur* n'est pas accessible chez lui. Il faut construire un autre triangle facio-naso-maxillaire que l'auteur décrit sous le titre de « triangulation clinique. » — Le *basion antérieur* est remplacé par le point d'un axe transverse qui se trouve situé sur la ligne médiane. A cet axe transverse, il assigne comme extrémités le *point central de la fossette située au dessus et en arrière du conduit auditif externe, au niveau de l'origine mastoïdienne de l'apophyse zygomatique*.

Jusqu'ici les recherches exposées par l'auteur n'avaient qu'un but, déterminer, construire et dessiner le diagramme vertical du *plan médian antéro-postérieur* avec la plus grande exactitude.

Dans le chapitre intitulé « construction graphique, diagrammes » il nous montre qu'une fois ce diagramme acquis, on peut sans être astreint à des mensurations crâniennes directes, trouver une grande quantité de mesures avec ou sans adjonction du système de projection.

« Voilà, ajoute-t-il, de la trigonométrie et de la géométrie descriptive pratique, qui mettent en relief tous les avantages de cette méthode rigoureusement scientifique. Elle nous sort de la géométrie barbare usitée jusqu'à nous. »

La méthode consistant à construire des types à l'aide des séries de nombres a de grands défauts. D'abord les crânes modernes sont des formes mixtes issues du mélange de types fondamentaux variés qu'il est impossible de reconnaître dans les moyennes, puisque les types que nous modelons à l'aide de nos moyennes, représentent exactement la moyenne du mélange ; Puis ces mesures ne projettent point assez nettement maints détails importants de la forme. Il faut encore posséder le coup d'œil artistique de l'anthropologue pour distinguer les caractères des types originels. C'est ainsi que procéda Høelder dont il est intéressant de reproduire certains aperçus.

Il distingue trois types primordiaux : la race germanique, la race sarmate ou slave, la race touranienne (finno-magyare). C'est de ces trois types qu'émanent la plupart des races de l'Europe moyenne.

Le type primitif germain est dolichocéphale, le type sarmate est brachycéphale, le type touranien primitif est brachycéphale à l'extrême. Ce dernier, contemplé par ses dessus, il donne l'impression d'un cercle presque parfait. Peut-être faudrait-il nommer aussi le type bien caractéristique des slaves du Sud.

Existe-t-il une race *Juive* ? non ; leurs têtes offrent toutes les modalités fondamentales et mixtes de la race du milieu de l'Europe. Les juifs connus sous le nom de *Juifs espagnols* ont un type plus uniforme. Ce serait le type sémitique pur des premiers temps, tel qu'on le retrouve dans les portraits des anciens égyptiens. Ces espagnols seraient les descendants d'une colonie espagnole formée à l'époque de Nabuchodonosor (700 avant J.-C. à peu près) de fugitifs Judaïques qui, après avoir été chassés d'Espagne se sont conservés purs de tout mélange jusqu'à nos jours. Les Afghans aussi qui s'intitulent fils d'Israël sont des descendants très nets des juifs anciens.

Après avoir consacré un chapitre à la coordination des résultats des mesures corrélatives, nous nous arrêtons avec l'auteur à la 2^{de} partie de l'ouvrage intitulée *Crâniométrie et céphalométrie nouvelles*.

Il est géométriquement incorrect de déterminer par la seule

mensuration linéaire la situation d'un point dans l'espace représenté par la cavité crânienne, sans avoir au préalable nettement défini les bornes de cet espace.

C'est pourquoi, abandonnant la méthode des mensurations linéaires simples, on s'était appliqué au système des mensurations appliquées à chaque crâne à l'aide de *trois points connus* et qui, au moins, satisfait à ce besoin de fixer sur chaque crâne la situation des points et des lignes; encore ce système est-il défectueux, parce que les portions de deux crânes également définis peuvent elles-mêmes occuper dans l'espace en question une situation différente, une orientation distincte.

La nécessité d'un système de projection s'impose. Quel sera le plan de projection qui, occupant dans l'espace une situation constante, puisse servir à l'interprétation de toutes sortes de mesures?

Il faut en revenir au plan du regard ou plan visuel de Broca.

Comment enfin tirer parti de ce plan de projection au profit de la crâniométrie?

C'est ici que M. Benedikt expose le mécanisme qu'il a inventé, instrument remarquable par la grande précision des tracés et que plusieurs membres du Congrès de médecine mentale de Paris ont pu voir fonctionner, grâce au bienveillant concours de M. Benedikt lui-même, dans la section d'anthropologie de l'exposition.

Cet instrument se compose :

1° D'un *cranio-fixateur*. — Il sert à fixer le crâne et permet de le tourner dans toutes les directions. — C'est en somme un tige métallique qui, après avoir fixé le crâne par son trou occipital, est articulée en trois points par l'intermédiaire d'une série de mécanismes pour assurer d'une manière précise, la possibilité de la rotation autour de son axe vertical, d'un second axe perpendiculaire au premier, d'un troisième axe perpendiculaire aux deux autres.

2° D'un *cranio-épigraphe*. C'est un compas à verge dont l'axe longitudinal est exactement vertical, la base de sustentation reposant comme le premier instrument du reste sur un

plan métallique d'une horizontalité parfaite. Le trou transverse perpendiculaire à l'axe longitudinal porte un tire-ligne qui sert à tracer sur le crâne les contours d'un plan horizontal précis.

C'est à l'aide de ces deux instruments et par des manœuvres fort simples mais non sans l'intervention de la trigonométrie que l'on parvient à déterminer le plan de Broca.

Pour l'application du système au vivant, il faut se souvenir qu'un plan qui passe par le point le plus élevé du trou optique et les deux dacryons, est dans un parallélisme presque parfait avec le plan visuel. Sur le vivant le plan visuel passe par les caroncules lacrymales et coïncide avec le plan qui, les coupant en travers, sépare l'orifice de la cavité orbitaire en deux moitiés, l'une supérieure, l'autre inférieure; sur le bord externe de l'orbite, il passe par un point situé au dessous de la suture du frontal et de l'os malaire et qui se sent très bien sur le vivant.

Cette instrumentation serait encore insuffisante en cas d'asymétrie crânienne. Il faut pouvoir déterminer des différences de longueur et de hauteur entre points voisins appartenant à des courbes quelconques à un dixième de millimètre près afin de déterminer la courbe.

Pour obtenir ce résultat, il est nécessaire : 1° qu'on se serve d'un cathétomètre à plaque de base; 2° qu'il puisse se déplacer suivant un plan exactement parallèle au plan de la courbe à mesurer.

Nous ne pouvons en donner la description détaillée. C'est en résumé un cathétomètre optique ou lunette télescopique fixé sur une base ou plaque métallique en fer de fonte, d'une horizontalité parfaite et muni d'un ensemble d'accessoires mécaniques, destinés à assurer la précision des mouvements.

Sous le contrôle de cette lunette et de l'échafaudage télescopiques, on pourra tracer les divers plans, en introduisant, par exemple pour le tracé du plan antéro-postérieur la pointe du tire-ligne dans le prolongement de l'axe optique.

Pour obtenir le dessin exact des coupes crâniennes, M. Benedikt a encore perfectionné l'appareil à dessiner de Broca.

Ces procédés nouveaux conduisent-ils à quelque résultat?

Peut-on par une *fine* mensuration déterminer ou déceler les lois qui président aux courbes du crâne?

Dès à présent M. Benedikt n'hésite pas à formuler, à la suite de ces mensurations les lois de construction de chacun des plans. Nous en citerons quelques-unes.

A n'étudier que le plan antéro-postérieur, on découvre qu'il est une figure géométrique exacte dont la périphérie représente des circonférences de cercle. Ainsi le frontal se compose de quatre arcs de cercle dont le premier correspond à l'arc sourcilier, le second à celui de la glabelle, le troisième se rattache à la bosse frontale de la partie latérale du front, le quatrième correspond à la portion pariétale du front ou vertex.

Le cinquième arc de cercle que l'on rencontre coïncide avec la région de la fontanelle antérieure. La corde qui le sous-tend est toujours parallèle à l'axe visuel de Broca. Le fait qu'il existe un rapport constant entre la corde qui sous-tend cet arc de voûte et l'axe visuel de Broca, prouve que le plan qui passant par les deux axes visuels, perpendiculaire au plan médian antéro-postérieur, est un plan de construction de la nature.

Le plan médian antéro-postérieur et le plan du regard constituent donc les deux constantes nécessaires à une projection scientifique.

Tel est le fait fondamental qui ressort de cette nouvelle étude du professeur Benedikt. Les divers arcs de cercle qui bordent les divers plans sont décrits en détail. La surface du crâne se trouve donc enfermée dans un nombre déterminé de lames cycloïdes, qui selon toutes probabilités ne sont que des calottes sphériques. Il est possible qu'à la suite d'études multipliées se révèlent des anomalies. Celles-ci ne seront pas de nature à ébranler le principe.

Quelle est la genèse des calottes sphériques? Elle provient sans doute des voussures protubérantielles d'un corps simple analogue.

L'encéphale à l'origine était constitué par un cylindre dont l'axe de base en s'allongeant a formé une collection de cour-

bures en séries déterminées. L'incurvation de cet axe a donné naissance à une catégorie précise de vésicules qui se sont elles-mêmes allongées, du moins pour une part, en espèces de rouleaux; finalement de ces vésicules et de ces cylindres primitifs sont issus d'autres vésicules et d'autres cylindres.

Sans doute à chaque calotte sphérique du crâne correspond une portion déterminée de l'encéphale, de sorte que le développement de chaque calotte doit nous présenter, pour le développement de chacune des portions de l'encéphale, une image incomparablement supérieure à celle fournie par les moulages du crâne. Mais encore est-il impossible de formuler la loi de construction de la face interne du crâne notamment à la base.

L'utilisation du *plan du regard* de Broca fournit déjà l'enseignement suivant : le point le plus élevé du crâne était au-dessus de ce plan de projection à une région déterminée qui, pour chaque crâne individuellement considéré, est indépendante de n'importe quelle orientation de la projection; cette région est le milieu du cinquième arc, calculé en partant de la racine du nez.

Dans un dernier chapitre où l'auteur s'applique à faire ressortir l'importance des lois de construction du crâne pour le développement scientifique de la morphologie, il rappelle que le crâne est un corps géométrique construit avec toute la finesse des formes cristallographiques. Newton disait avec justesse que « la nature ne s'occupe que de géométrie. »

Tous les objets du monde organique ont été fabriqués avec la même finesse de construction cristallographique. C'est ce qu'un œil exercé à l'analyse géométrique du crâne et des fruits ne tarde pas à reconnaître. On recherche les axes de projection naturels. Quand on les a fixés sur un objet quelconque au point de pouvoir l'orienter et les y asseoir, l'objet est en situation d'être mesuré et dessiné.

L'on peut être assuré *a priori* qu'en procédant ainsi on arrachera même aux préparations durcies les lois premières de leur structure géométrique.

Tantôt la structure de l'objet rayonne autour d'un axe

unique ; tantôt ce sont des axes et des centres déterminés mais multiples qui constituent les pivots de courbes sphériques ou cylindriques ; tantôt enfin les axes se bifurquent pour engendrer des surfaces planes. La morphologie ne peut devenir une science exacte que si elle réussit à déterminer les lois mathématiques des formes. Les lois de la forme donneront par dérivé les lois du mouvement, et des lois du mouvement dégageront celles des forces impulsives du mouvement envisagé. La morphologie mathématique sera bientôt suivie des lois de la mécanique vitale ou biologique, de même que jadis après avoir reconnu les orbites des corps célestes, on a pu déterminer les lois de la mécanique céleste.

Il n'est que naturel que l'auteur réclame en terminant une réforme corrélatrice dans l'enseignement, que les biologistes possèdent d'abord à fond la mécanique, qu'ils se soient même révélés comme ingénieurs avant d'aborder les études spéciales de biologie. Cette obligation donnera aux cliniciens de la solidité, de l'exactitude et de la logique dans la pensée au lieu de cette confusion qui se traduit par une somme de conclusions branlantes émanées de prémisses chancelantes.

Pour mettre en pratique ces idées, l'auteur expose dès maintenant quelques principes fondamentaux de mécanique biologique — quelques formules primordiales — hypothèses, hélas, et que partant la science traitera encore d'ici longtemps avec une certaine désinvolture.

Comme on le pense bien, cette analyse qui s'est trouvée aux prises avec les mille difficultés d'instruments à décrire, et qu'il faudrait dessiner pour en rendre la compréhension possible, avec des figures géométriques et des formules qu'il eut fallu reproduire ne saurait être qu'éminemment imparfaite. Puis encore combien de ces pages qui ne supportent pas qu'on les condense plus qu'elles ne le sont et où chaque idée s'enchaîne étroitement à la suivante.

Si l'on doutait encore de l'ingéniosité et de la grande personnalité de l'auteur, qu'on lise le livre ou plutôt qu'on l'étudie, car c'est une étude et une étude attentive qu'il réclame.

REVUE DES JOURNAUX

*Congrès international de Médecine mentale, tenu à Paris,
du 5 au 10 août 1889.*

M. FALRET. — *Obsessions avec conscience (intellectuelles, émotives et instinctives)*. — M. Falret résume son rapport en ces termes : Les états mentaux anormaux avec conscience méritent-ils l'honneur d'une place distincte ? Ces états sont constitués par les éléments suivants : Ce sont des idées, des émotions, des impulsions qui s'imposent irrésistiblement à l'esprit ; quoique les patients reconnaissent leur nature morbide et qu'ils comprennent qu'ils sont le jouet de la maladie, ils ne peuvent, quelques efforts qu'ils fassent, quelque lutte qu'ils entament, la plupart du temps, se débarrasser de leurs *Zwangs-Vorstellungen*, comme disent les Allemands. Cès obsessions sont la base du délire émotif, de la folie avec conscience encore nommée instinctive, impulsive, de la folie du doute, du mal du toucher. Convient-il de réunir ces syndrômes dans un groupe unique ? Doit-on les laisser subsister à l'état de formes mentales ? Sont-elles des stigmates de psychoses héréditaires ? Le premier degré de l'obsession intellectuelle est physiologique : un mot s'impose à votre pensée, ou au contraire vous vous mettez continuellement, invinciblement, à la recherche d'un mot qui vous échappe ; des idées vous assiègent sans que vous arriviez à les chasser. Un second degré forme déjà un échelon pathologique, car il apparaît chez des individus prédisposés ; certains sujets ne peuvent voir sans angoisse, un couteau, une épée, un rasoir, une fenêtre ouverte, une tour élevée, mais ils combattent cette répulsion à l'aide du raisonnement. Un troisième degré est de la folie : telles sont l'agoraphobie, la claustrophobie, la mysophobie, l'onomatomanie, la coprolalie, l'écholalie. Enfin un quatrième degré représente la pleine aliénation mentale sous les noms de syndrômes épisodiques de la folie héréditaire. Quoi qu'il en soit de ces variétés, elles ont les caractères communs suivants :

1° Les malades ont *conscience* de leur état ; — 2° Les malades sont le plus généralement des *héréditaires* et les phénomènes en question leur ont été transmis par filiation ; — 3° Ce sont des accidents essentiellement *rémittents*, périodiques, qui occupent tels ou

tels instants de la vie, mais vont en s'atténuant au cours de l'existence : — 4° Ils s'étendent à une sphère plus étendue de l'intelligence sous la forme d'angoisse, de doute, d'hésitation et entraînent des phénomènes psychiques émotifs ; — 5° Jamais ils ne s'accompagnent d'hallucinations ; — 6° Ils ne se transforment pas les uns dans les autres, ne deviennent généralement pas de l'aliénation mentale ordinaire ; ils ne forment pas les épisodes cycliques des états héréditaires ; — 7° Jamais ils n'aboutissent à la démence ; — 8° Il arrive quelquefois, quoique cela soit rare, qu'ils s'accompagnent de délire des persécutions ou de mélancolie anxieuse.

M. CHARPENTIER. — Des huit conclusions du rapport de M. Falret, il en est quatre que je ne peux accepter sans faire de nombreuses réserves : ce sont la 2°, la 5°, la 6° et la 7°. Les quatre autres s'imposent, tant par leur exactitude que par leur conformité avec les données de la clinique.

La 2° conclusion est ainsi formulée : *Elles sont héréditaires*. Oui, il y a des malades à obsessions dont les parents ont pu présenter, soit les mêmes, soit d'autres obsessions, ou bien d'autres troubles psychiques ou névrosiques, mais j'ai par devers moi des cas nets d'obsession sans hérédité aucune.

La 5° conclusion est celle qui m'a le plus surpris : « *les obsessions ne s'accompagnent jamais d'hallucinations*. » Je m'étais, jusqu'à présent, habitué à employer dans le langage les expressions d'hallucination obsédante, d'obsession hallucinatoire, pour caractériser cette variété d'hallucination d'un seul sens, toujours le même, s'accompagnant du cortège émotionnel avec intégrité de la conscience adjacente.

Les circonstances les plus fréquentes où elles se présentent en dehors de l'état de veille, sont le début ou la fin du sommeil, et entre les sommeils, si la nuit se compose d'une succession de sommeils multiples et entrecoupés ; ce sont, le plus souvent, des hallucinations de la vue et de nature terrifiante ; elles peuvent entraîner l'insomnie ou un état de mélancolie anxieuse pouvant aller jusqu'à l'excitation maniaque.

Cette obsession hallucinatoire peut se présenter au début ou à la fin de l'intoxication alcoolique et dans le cours de plusieurs autres folies toxiques ; elle apparaît encore à la fin des délires infectieux et de certaines maladies générales ou locales aiguës.

Je ne saurais accepter davantage la 6° conclusion, ou du moins, la première phrase de cette conclusion : *Les obsessions ne se transforment pas en d'autres espèces de maladies mentales*. J'ai vu, en effet, nombre de ces obsédés devenir par la suite des paralytiques généraux, des maniaques francs ou des hallucinés.

Enfin, M. Falret admet que les obsessions n'aboutissent jamais à la démence. Cette conclusion serait vraie, si obsession et idée fixe avaient une seule et même signification; pour ma part, je distingue entre les deux, attendu qu'il y a des idées fixes sans cortège émotionnel : telles sont certaines idées aiguës ou chroniques de mégalomanie ou de persécution, et si cette réserve dans la dénomination m'est accordée, je suis bien obligé de me rappeler certaines idées obsédantes que je n'ai observées que chez des déments.

Bref, si parfois l'obsession constitue uniquement toute la vie pathologique d'un sujet, et peut, à ce titre, être considérée comme une forme morbide, une maladie mentale, ce que je ne conteste pas, bien souvent aussi elle constitue un symptôme fréquent, précurseur de troubles mentaux plus graves; et si j'allais au-delà de mon observation personnelle, je serais presque tenté de dire que l'obsession pathologique constitue un symptôme qui peut se retrouver dans toutes les maladies mentales avant, pendant ou après. Mais si je m'éloigne par quelques points des conclusions de M. Falret, je ne saurais me rallier pour cela aux idées de M. Magnan, qui a séquestré l'obsession dans la *folie des dégénérés*; je ne peux accepter cette idée, parce que je n'admets pas cette folie au sens large, trop vaste, que lui accorde M. Magnan. En outre, comme je viens de le dire, l'obsession peut se rencontrer, dans toutes les maladies mentales; elle ne peut donc en caractériser aucune.

M. FALRET. — La divergence d'opinions qui nous sépare, M. Charpentier et moi, est plus apparente que réelle, elle vient de ce que j'ai dû condenser mon rapport en un trop petit nombre de pages.

Tout le monde reconnaît aujourd'hui qu'il existe un assez grand nombre de cas d'aliénation mentale, caractérisés par des idées, des émotions ou des impulsions qui s'imposent à l'esprit d'une manière pathologique et irrésistible. Les malades ont parfaitement conscience de leur état; ils reconnaissent la nature malade des phénomènes qu'ils éprouvent, mais ils ne peuvent parvenir à s'en débarrasser. Ces états pathologiques variés doivent-ils être décrits séparément, à titre de forme spéciale de maladie mentale, sous le nom d'obsession ou de folie avec conscience? Doivent-ils être répartis, comme on le faisait autrefois, dans des formes différentes de maladies mentales ou bien, enfin, doivent-ils être tous réunis, comme le voudraient M. Magnan et ses élèves, sous le nom générique beaucoup trop vaste et trop étendu, de folie héréditaire?

Le premier degré de l'obsession intellectuelle est presque un état physiologique. Chacun de nous, dans certains moments de fatigue ou de surexcitation du système nerveux, a été obsédé par un mot, une phrase ou une idée qu'on ne peut parvenir à chasser. Evidemment,

l'hérédité n'a rien à faire ici. Un autre degré plus intense du même phénomène existe chez des individus qui ne sont pas non plus des héréditaires, à proprement parler, mais qui sont déjà des anormaux, des prédisposés, jouissant d'une idiosyncrasie psychique particulière. Ces anormaux ne sont pas de vrais malades. Ce sont, si l'on veut, des semi-physiologiques. Ils restent lucides jusqu'à la fin de leur vie. Voilà pourquoi j'ai dit que ces états émotifs ne conduisent jamais à la démence. Les sujets qui les présentent ont, je ne dis pas jamais, mais rarement, des hallucinations et présentent surtout des actes impulsifs ; enfin ils sont rémittents et périodiques au plus haut degré.

M. CAMUSET. — *Deux observations, chez deux dégénérés héréditaires, d'impulsions conscientes à des actes violents vis-à-vis d'eux-mêmes.* — Les deux faits sont intéressants en raison de la simplicité en quelque sorte schématique des impulsions conscientes observées, et de la possibilité de leur donner une interprétation physiologique.

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de trente-huit ans, appartenant à une famille d'aliénés, et dont le père s'est suicidé. Elle a toujours eu l'intelligence faible, et son asymétrie faciale est très accusée. Dans son enfance, elle était sujette à des accès de fureur et à des tics convulsifs. Plus tard, elle put travailler, mais d'une façon irrégulière. Elle fut internée pour la première fois en 1876, pour un accès d'excitation maniaque. Depuis 1877 elle n'a pas quitté les asiles, et son état n'a fait que s'aggraver progressivement. Cette femme passe la moitié de son existence dans des accès de fureur, accompagnée d'une angoisse profonde, pendant lesquels elle cherche à se faire le plus de mal possible, se contusionnant les membres, et cherchant à se fracturer le crâne sur le sol. Elle demande elle-même qu'on l'attache, car ses impulsions sont irrésistibles. Dans l'intervalle des accès, elle est tranquille, non délirante et rend compte de ses impulsions. Il ne s'agit pas là de manie aiguë, puisque pendant les accès, on peut fixer son attention. Le second cas est la reproduction du précédent, à cette exception près que le malade, garçon de onze ans, est un véritable imbécile, avec malformation crânienne. Ce ne sont là ni des maniaques ni des délirants. Ce sont des dégénérés avec impulsions. Tout phénomène morbide est, en pathologie mentale, une exagération d'un phénomène physiologique. Ici, le phénomène physiologique, c'est l'angoisse. L'individu sain, dans un moment d'anxiété, ne tient pas en place. Il s'agite, se mord les lèvres, etc., comme pour chercher une dérivation à sa souffrance morale. Chez les dégénérés angoissés, nous n'observons qu'une exagération de ces phénomènes ; l'agitation devient de la fureur, et ils cherchent à se faire du mal pour se dérober à l'angoisse.

M. JUL. MOREL (de Gand). — *Statistique internationale des maladies mentales*. — Après un exposé succinct des travaux des délégués nommés au Congrès d'Anvers, M. Morel propose au nom de la Société de Médecine mentale de Belgique, l'adoption par le Congrès de la classification suivante :

- 1° Manie et délire aigu ;
- 2° Mélancolie et démence aiguë ;
- 3° Folie périodique (folie à double forme, etc.) ;
- 4° Folie systématisée progressive ;
- 5° Démence vésanique ;
- 6° Démence organique et sénile ;
- 7° Paralyse générale ;
- 8° Folies névrosiques (hystérie, épilepsie, hypochondrie, etc.) ;
- 9° Folies toxiques (à spécifier) ;
- 10° Folie morale et impulsive ;
- 11° Idiotie, etc.

M. GARNIER. — Après la récente discussion qui vient d'avoir lieu à la Société médico-psychologique de Paris, il me semble inutile de faire ressortir les nombreuses analogies que présente la classification de la Société de médecine mentale de Belgique avec celle de M. Magnan. Je suis donc prêt à m'y rallier. Je crois cependant qu'il conviendrait de substituer à la dénomination de *folie morale* celle de *folie héréditaire* adoptée par M. Magnan et par quelques autres auteurs ; on pourrait même ajouter au mot *héréditaire*, entre parenthèses, celui de *syndrômes épisodiques*.

M. CHRISTIAN. — Dans la classification proposée par la Société de médecine mentale de Belgique, il y a un certain nombre de groupes sur lesquels tout le monde est d'accord. Il en est ainsi en particulier de la paralyse générale, de l'idiotie, des folies toxiques, etc. Sur ce point pas de discussion possible. Il n'en est plus de même des groupes de folies proprement dites, c'est-à-dire des *folies vésaniques*. Les divergences sont ici tellement grandes qu'on peut dire *a priori* qu'une entente entre nous est irréalisable. Il faut donc chercher un terrain de conciliation en dehors des questions de doctrines.

M. RÉGIS (de Bordeaux). — Avant d'entamer la discussion, il serait nécessaire de bien préciser la question : s'agit-il d'une statistique ou d'une classification ? Dans la première hypothèse toute discussion me semble superflue ; si, au contraire, il s'agit d'une classification, la question est tout autre...

M. SEMAL (de Mons). — La Société de Médecine mentale de Belgique n'a pas la prétention de proposer une classification scientifique, mais un simple groupement des maladies mentales sous les vocables les plus généralement usités ; toute question de

doctrine soulevée à ce propos serait donc déplacée. (*Marques nombreuses d'assentiment.*)

M. RÉGIS. — Dans ce cas, je demande la suppression du mot *classification*, et son remplacement par celui de *statistique* (Adopté).

M. BRIAND (de Villejuif). — Je demande, comme M. Garnier, qu'à la dénomination de *folie morale* on en substitue une autre, celle de *folie héréditaire* ou de *folie des dégénérés*, empruntée à M. Morel de Rouen, dénomination qui a reçu déjà la consécration d'un grand nombre d'aliénistes français et étrangers.

M. BALL. — Je repousse de toutes mes forces l'introduction du mot *dégénérés* dans la classification qui nous est proposée. Le programme de la Société de médecine mentale de Belgique est certainement loin de répondre à toutes les données du problème, je crois cependant que nous devons l'adopter, malgré ses imperfections, parce qu'il fournit un cadre acceptable par les aliénistes de tous les pays, pour enregistrer d'une manière facile et commode, les faits soumis à leur observation.

(La statistique de la Société de médecine mentale de Belgique est mise aux voix et adoptée sans modification.)

M. COTARD (de Vanves). — *De l'origine psycho-motrice du délire.* — Comme ceux du langage, les troubles de l'intelligence doivent être attribués à des lésions sensorielles et à des lésions motrices, et il y a lieu de chercher dans le délire les caractères qui répondent à cette double origine.

Déjà, à une époque où personne ne soupçonnait l'existence des centres moteurs corticaux, les cliniciens avaient été frappés de la corrélation des troubles de l'intelligence avec ceux du mouvement. Suivant Falret, ces derniers existeraient chez la plupart des aliénés.

Il n'est aucune forme de maladie mentale où les troubles de l'activité motrice se manifestent avec autant d'intensité que dans la manie. Tous les auteurs ont décrit cette excitation pathologique qui porte à la fois sur les mouvements extérieurs, sur la parole et sur le mouvement intérieur de la pensée. Le développement consécutif des idées de force, de talent, de puissance, de grandeur, etc., a été clairement indiqué par la plupart des observateurs.

Les troubles de l'énergie motrice dans la mélancolie dépressive ne sont pas moins évidents que dans l'exaltation maniaque. C'est par la dépression de l'énergie psycho-motrice que le malade se sent séparé des images du monde extérieur qu'il ne peut plus évoquer, dont il n'est plus maître et qui lui échappent.

Les faits cliniques établissent que ces idées de force sont liées aux éléments moteurs. Par l'automatisme de ces éléments moteurs

incorporés à des images sensibles, à des idées abstraites, à des mots, etc., se constituent des êtres, des personnalités vivant en quelque sorte d'une vie propre dans le cerveau, comme le moi, mais à côté de lui. C'est là la condition et le mécanisme de cette existence subjective sur laquelle A. Comte a fondé l'un des dogmes de son système philosophique.

Mais ces existences subjectives qui se développent dans le cerveau, à côté du moi, sont soumises comme lui aux troubles fonctionnels de l'organe. Elles s'affaissent et s'évanouissent dans les états dépressifs; elles s'animent dans les états d'excitation, d'irritabilité, morales, d'une activité congénère.

Leur automatisme nocif caractérise tout particulièrement le délire des persécutions. De là les interprétations des malades qui voient tout autour d'eux des intentions ironiques et malveillantes, des puissances acharnées contre leur personne.

Les véritables hallucinations, comme l'enseigne la clinique, n'apparaissent que secondairement et sont vraisemblablement subordonnées à l'automatisme moteur, à l'exercice involontaire de l'imagination, ainsi que l'ont soutenu les meilleurs observateurs.

Les hallucinations suggérées ne s'expliquent guère que par une réaction intellectuelle. La même influence active est manifeste dans les cas d'hallucinations provoquées par la volonté. Ce que peut la volonté se produit sans doute bien plus aisément par l'automatisme déjà détaché du moi et adhérent aux images. Ainsi se poursuit jusque dans ses éléments hallucinatoires le caractère automatique du délire des persécutions.

M. GARNIER. — D'une façon générale, je suis prêt à me ranger aux opinions qui viennent d'être émises par M. Cotard; je lui ferai cependant une observation. D'après notre collègue, les idées de force, de puissance, etc., dériveraient toujours d'une augmentation de l'énergie motrice. La clinique contredit quelquefois cette assertion. Ainsi, dans la paralysie générale arrivée à la seconde ou à la troisième période, il est certain que la puissance motrice est réduite à son minimum, et cependant, c'est dans cette maladie que les idées de force, de puissance, de grandeurs, etc., atteignent leur apogée.

M. RITTI. — Sans doute, mais c'est seulement à la dernière période de la paralysie générale que la force musculaire fait défaut; or, les idées de grandeurs, de force, etc., remontent à une période antérieure de la maladie, alors que la force musculaire était intacte et survivent seulement à la disparition de cette force.

M. DOUTREBENTE. — Cela est d'autant plus vrai que je ne crois pas du tout que les paralytiques généraux, même à la dernière période, soient aussi privés de force musculaire que semble le croire M. Garnier.

M. SOUTZO (de Bucharest). — Je crois que la thèse soutenue par M. Cotard aurait besoin d'être appuyée sur des observations anatomo-pathologiques.

M. BALLET. — Dans l'espèce, la chose serait assez difficile, car la plupart des phénomènes cliniques auxquels a fait allusion M. Cotard, relèvent d'affections dans lesquelles on ne rencontre pas de lésions. En fût-il autrement, je suis loin d'être convaincu qu'on trouverait une corrélation intime, comme le suppose M. Soutzo, entre les troubles moteurs, sensoriels et intellectuels et les lésions anatomo-pathologiques. J'ai fait beaucoup d'autopsies de paralytiques généraux et malgré ce qui a été dit et avancé à cet égard, je n'ai jamais constaté qu'il y eût une correspondance exacte entre le siège des lésions et les caractères du délire présenté pendant la vie.

Ceci posé, je reviens au travail de M. Cotard et je crois devoir faire remarquer qu'il renferme deux choses : la constatation d'un fait et son interprétation. Sur le premier point, il me semble qu'il ne peut plus y avoir de discussion. Des phénomènes moteurs accompagnent presque toutes, je dirai même toutes les réactions de notre cerveau : entre ces deux ordres de faits, il existe une association étroite. Mais jusqu'ici les physiologistes se sont contentés de constater l'existence de cette association. M. Cotard va plus loin : d'après lui, il faudrait toujours subordonner l'état mental aux phénomènes moteurs. Cette interprétation est peut-être un peu hâtive. Je n'affirme rien cependant et je me contente de poser la question.

M. CHARPENTIER. — Je désirerais faire remarquer que, dans la communication de M. Cotard, il y a un point qui a été mis un peu de côté. M. Cotard a fait ressortir d'une manière intéressante le mécanisme du délire se manifestant sous l'influence de l'activité automatique spontanée, émergeant des répercussions sensorielles et motrices, venant faire invasion dans le moi, le décomposer, le dénaturer et, en quelque sorte, le diriger. Je crois qu'il ne faut pas attribuer le délire uniquement à ce mode d'action, mais qu'il faut aussi tenir compte de l'affaiblissement primordial du moi qui, s'il résulte des activités motrice et sensorielle, n'en exerce pas moins une influence active coordinatrice sur ces activités ; dans le délire, le fait primitif dû à tout cas fondamental, c'est l'affaiblissement de cette action coordinatrice du moi sur les activités de répercussion ; le fait d'autonomie de ces répercussions constitue le fait secondaire.

Si nous rentrons dans le domaine de la pathologie ordinaire, nous constatons le fait général suivant : Quand les relations entre un organe et son système nerveux sont suspendues ou troublées, alors les éléments cellulaires de cet organe retrouvent leur activité autonome et deviennent malades ; de là la maladie de l'organe qui doit

réagir sur l'économie générale. De même, dans le domaine psychique l'autonomie, l'indépendance des éléments cérébraux n'apparaissent que quand leurs relations avec le moi ont été suspendues, que quand l'action de coordination du moi commence à s'affaiblir. Il y a donc, en résumé, à tenir compte, dans le phénomène délire et de l'action autonome automatique des images motrices et sensorielles, comme l'a indiqué M. Cotard, et aussi de l'influence coordinatrice, influence supérieure du moi sur ces activités sensorielles et motrices.

M. KORSAKOFF (de Moscou). — *Sur une forme particulière de maladie mentale combinée avec la névrite multiple dégénérative.* — La particularité de cette maladie consiste : 1° dans une combinaison des symptômes parétiques avec les symptômes de la névrite multiple; et 2° dans l'originalité des symptômes parétiques.

Les symptômes parétiques de cette forme consistent dans quelques cas, dans l'irritabilité poussée à l'extrême agitation, accès qui rappellent les accès de l'hystérie. Dans d'autres cas, ils consistent dans le trouble de l'association des idées, dans la confusion de la conscience, et enfin, dans d'autres cas encore, dans le trouble particulier de la mémoire. L'amnésie, dans ces cas, se manifeste le plus souvent par la perte de la mémoire pour les faits tout récents, tandis que la mémoire des faits longtemps passés reste souvent peu troublée.

L'étiologie de la maladie en question est presque la même que l'étiologie de la névrite multiple; elle apparaît dans les intoxications diverses (alcoolisme, intoxication par l'arsenic, sulfure de carbone, oxyde de carbone, etc.), dans les cachexies tuberculeuses, cancéreuses, etc., et dans le cours des maladies graves aiguës, comme le typhus, la septicémie puerpérale, etc.

Dans quelques cas de cette maladie, les symptômes de la névrite sont très peu prononcés, tandis que les symptômes psychiques sont très prononcés. C'est pourquoi il est utile d'envisager cette forme de maladie mentale comme une forme distincte qu'on pourrait désigner sous le nom de *cérébropathia psychica toxæmia* ou *psychose polynévritique*. La présence de cette névrite multiple est constatée par l'autopsie.

M. RÉGIS (de Bordeaux). — *Sur quelques cas de lypémanie hypocondriaque.* — M. Régis relate quatre observations de lypémanie hypocondriaque présentant, au point de vue du délire, les plus grandes analogies avec la paralysie générale au début à forme dépressive et les fait suivre des considérations suivantes :

On pourrait, à la rigueur, soutenir que j'ai eu affaire à quatre cas de mélancolie congestive dans lesquels la terminaison par la démence

paralytique sera fatale, avec le temps. Mais sur ce terrain la discussion est impossible, car on pourrait en dire autant de toutes les folies, quelles qu'elles soient. En réalité, il s'agit là, d'une lypémanie pure et simple, n'ayant de commun avec la paralysie générale que la similitude plus ou moins complète du délire.

La question de diagnostic, dans ces conditions, m'a paru offrir quelque importance et quelque intérêt; je me suis demandé comment on pouvait la résoudre. J'ai recherché tout d'abord de quelle façon cela était traité dans les auteurs. J'ai ainsi constaté que la plupart admettaient le caractère spécial du délire hypocondriaque dans la paralysie générale, et qu'ils l'admettaient si bien qu'un diagnostic plus détaillé leur avait paru inutile. Quelques-uns seulement ont indiqué d'autres particularités distinctives plus ou moins saillantes. Les travaux connus de M. Cotard sur le délire des négations, entre autres, contiennent des observations intéressantes de lypémanie anxieuse, avec délire hypocondriaque caractéristique; mais ces travaux, comme celui tout récent de M. Séglas, ont surtout pour but de mettre en lumière la genèse de ce délire et sa terminaison par l'idée de négation et le dédoublement de la personnalité; ils ne s'occupent pas de diagnostic différentiel. Dans la rédaction définitive de cette note, je citerai l'opinion des principaux auteurs français et étrangers. Je me bornerai ici à résumer les principaux signes distinctifs que j'ai pu y relever :

1° Le délire hypocondriaque de la paralysie générale a un cachet particulier d'absurdité, d'hébétéude et d'incohérence. Il apparaît soudainement; il est mobile et inconsistant; les malades ne discutent pas et parlent sans conviction; ils mettent peu d'empressement à se plaindre de leurs maux (Baillarger, Marie, Voisin, Luys). Le délire de la lypémanie, lui, peut être monotone, mais il n'offre pas le même caractère d'absurdité. Le malade voit son mal, le raisonne, l'explique, cherche à convaincre et à se faire plaindre, s'anime contre les contradictions (Luys).

2° Dans la paralysie générale, le délire hypocondriaque peut se compliquer à un moment quelconque d'idée délirante de nature ambitieuse. Il n'en est jamais ainsi dans la lypémanie (Marie).

3° Le délire hypocondriaque de la paralysie générale, n'est pas heureusement influencé par la morphine, contrairement à ce qui a lieu dans la lypémanie (Voisin).

4° Dans la paralysie générale, les sujets ne sont pas héréditairement prédisposés s'ils n'ont pas eu antérieurement d'accidents nerveux (Mendel).

C'est de trente-cinq à quarante-cinq ans que survient la paralysie générale et que par conséquent, le délire hypocondriaque, qui lui est lié, se déclare (Mendel)?

L'examen des organes est presque toujours négatif dans la paralysie générale (hypocondrie *sine materiâ*).

Dans la paralysie générale, il survient quelquefois dès le début de légères attaques apoplectiformes ou épileptiformes, des symptômes pupillaires et spinaux. Ultérieurement, on constate les signes habituels de la démence paralytique.

Dans la lypémanie ancienne, le délire hypocondriaque s'accompagne d'idées de destruction et de possession, d'analgésie, de propension au suicide et aux mutilations volontaires, de la crainte de ne pouvoir mourir. Il aboutit au délire des négations et au dédoublement de la personnalité. Pendant de longues années l'intelligence reste intacte, les souvenirs précis, la lucidité plus ou moins grande, quelquefois à peu près complète.

A ces éléments de diagnostic, dont certains n'ont, dans la pratique, qu'une valeur très relative, il convient d'ajouter les suivants qui résultent de faits rapportés par M. Cotard et par moi.

1° La lypémanie avec délire hypocondriaque s'observe surtout à un âge avancé, de quarante-cinq à soixante ans. On la rencontre plus fréquemment chez la femme que chez l'homme, dans la proportion de huit cas sur douze; si l'on s'en rapporte à nos observations, cette dernière particularité me paraît importante, étant donnée la rareté de la paralysie générale chez la femme, surtout dans la bonne société.

2° Le délire hypocondriaque de la lypémanie n'apparaît pas dans le début de l'accès, mais plus ou moins longtemps après, quelques mois ou même quelques années. Il est constamment consécutif au délire ordinaire de la lypémanie, surtout au délire de culpabilité imaginaire, qui en est le type. Il reste associé à ce délire et se combine logiquement avec lui. Il est tenace, fixe et pénétrant, rarement il s'accompagne d'hallucinations; en revanche, les rêves terrifiants, la peur de mourir, le refus d'aliments, la tendance au suicide, sont presque la règle. On y observe des crises paroxystiques plus ou moins aiguës.

3° L'examen des viscères est habituellement négatif; cependant, on rencontre fréquemment l'état saburral, l'inertie stomacale et intestinale, la constipation, la fréquence du pouls. L'amaigrissement est progressif et rapide; il survient quelquefois une véritable cachexie.

4° La guérison est possible; toutefois les malades peuvent finir par le suicide; le marasme est passager à l'état chronique, et c'est surtout dans ce dernier cas qu'on observe le délire des négations qui paraît être l'étape terminale de cette forme de lypémanie.

Telles sont les indications cliniques qui découlent de l'étude des faits que j'ai observés et que j'ai cru dignes d'être notées.

Je me résume en disant : le délire hypocondriaque à caractère spécial de la paralysie générale est susceptible de se rencontrer sous la même forme dans la lypémanie anxieuse ;

Le diagnostic, dans ces cas, peut présenter de réelles difficultés ;

Pour résoudre le problème, il est nécessaire d'avoir présents à l'esprit tous les éléments cliniques de la distinction.

M. SÉGLAS (de Paris). — *Du dédoublement de la personnalité.* — Divers états morbides ont été confondus sous cette appellation de dédoublement de la personnalité. Les observations que je vais vous rapporter ont trait à des cas d'hallucinations psychiques, pour user de l'expression de M. Baillarger, ou plutôt d'*hallucinations psycho-motrices*. Le premier malade que j'ai observé est un homme de 38 ans, d'un caractère sombre, élevé dans un séminaire. Ses idées délirantes ont apparu à l'âge de 25 ans à l'occasion d'une émotion vive et de quelques excès alcooliques. Elles ont d'abord consisté en des idées vagues d'ambition et de persécution. Puis sont survenues des hallucinations de l'ouïe. Aujourd'hui le malade entend deux sortes de voix, qui sont, suivant son expression, « des voix pénétrantes extérieures » et « des voix pénétrantes intérieures. » Chez la seconde malade, les phénomènes morbides se sont sériés d'une façon analogue. Elle a également des voix intérieures ; ce sont les voix des personnes qui la persécutent. Suivant moi, ces voix intérieures, voix épigastriques, hallucinations psychiques de M. Baillarger, ne sont que des phénomènes d'articulation mentale inconsciente, rapportés par les malades à des personnes étrangères. Je les nomme hallucinations *psycho-motrices*. Je conclurai par les propositions suivantes :

1° L'hallucination psychique de M. Baillarger est avant tout un trouble fonctionnel des centres moteurs de la fonction du langage.

2° Elle tient à la fois de l'hallucination sensorielle et de l'impulsion, quoique se rapprochant souvent de cette dernière. D'où ma dénomination d'hallucination psycho-motrice.

3° L'élément moteur qu'elle renferme en fait une cause puissante de dédoublement de la personnalité.

M. SEMAL (de Mons). — *Folies pénitenciaires.* — Pour rassembler les matériaux d'une enquête sur la fréquence et les causes des folies pénitenciaires, j'ai demandé à l'administration le relevé de tous les cas de folie qui se sont produits dans les prisons, depuis 1865 (date à laquelle le régime de la détention cellulaire a commencé à être appliqué en Belgique), jusqu'en 1884. De plus, pour tous ces cas, je me suis procuré les dossiers judiciaires afférents à chaque condamné,

pour dégager la physionomie du malade antérieurement à sa condamnation. Enfin, j'ai pris les certificats des médecins des asiles, de sorte que ma statistique est basée, non sur des chiffres, mais sur de véritables observations aussi complètes que possible.

Pendant cette période, de 1865 à 1884, il est entré 900,000 individus dans les prisons de Belgique. Sur ce nombre, il ne s'est déclaré que 517 cas d'aliénation; c'est une proportion plus faible que celle des cas de folie qui frappent l'ensemble de la population. Cette première constatation paraît paradoxale au premier abord. Mais on s'en étonne moins si l'on réfléchit que les détenus ne sont pas exposés à l'alcoolisme et à bien d'autres conditions de la vie extérieure qui jouent un si grand rôle dans l'étiologie de la folie.

Si l'on défalque de ce chiffre de 517, les individus qui n'ont subi qu'une simple prévention et ceux dont la détention a été incomplète, il ne reste que 161 cas d'aliénation développée chez des individus soumis à une détention complète. Or, si l'on dépouille les observations de ces 161 individus, on n'en trouve que 32 sans antécédents cérébraux antérieurs à leur condamnation; tous les autres étaient déjà malades avant le début de leur détention.

Pouvons-nous attribuer l'éclosion de la folie, chez ces 32 aliénés, à l'isolement, à l'insuffisance alimentaire et à la simple dépression morale qui résulte de la détention? On se fait une idée trop sévère de la détention cellulaire. Les cellules de nos détenus sont suffisamment vastes; elles sont bien aérées et l'air s'y renouvelle facilement. La vue sur l'extérieur est impossible, mais l'isolement n'est que relatif car les détenus voient le directeur, l'aumônier, le médecin, les geôliers, etc., sans compter les membres d'un comité de patronage qui préparent la rentrée des détenus dans la vie commune. J'ai analysé ces 32 cas de folies: j'y ai trouvé un certain nombre de simulateurs, des délires liés à des maladies générales, et enfin quelques cas seulement d'aliénation reconnaissant comme notion causale la fusion d'une prédisposition héréditaire, souvent développée par des excès alcooliques, avec l'influence déprimante de la prison. Je crois que l'isolement cellulaire, tel qu'il est pratiqué en Belgique, n'est jamais cause de folie. En prison, comme au dehors, la cause principale est toujours l'hérédité. La détention et l'insuffisance alimentaire jouent seulement le rôle de cause occasionnelle.

C'est donc moins dans la forme de la détention que dans la personnalité même du délinquant qu'il faut chercher la cause des folies pénitentiaires. La réclusion n'est qu'un facteur occasionnel qui favorise la mise en jeu de facteurs préexistants.

Il est, du reste, à remarquer que la plus grande partie des folies pénitentiaires éclatent presque immédiatement après la condamnation, qui agit par son effet moral.

Il serait intéressant que cette enquête fût poursuivie et étendue. Aussi demanderai-je au Congrès de bien vouloir voter la résolution suivante :

« Le Congrès international de médecine mentale, réuni à Paris, reconnaissant l'intérêt scientifique qui s'attache à la question de l'aliénation des détenus, émet le vœu qu'une enquête soit officiellement instituée à cet effet, et que les résultats en fassent l'objet d'une publication régulière. » (Adopté.)

M. J. VOISIN (de Paris). — *Fugues inconscientes chez les hystériques*. — J'ai recueilli cinq observations de fugues inconscientes chez des hystériques, qui se sont présentées à ma consultation de la Salpêtrière. Tous mes malades sont porteurs de stigmates très accusés. Les caractères généraux de ces fugues sont toujours les mêmes. Elles se produisent dans une sorte d'*état second*, les malades ayant un véritable dédoublement de la personnalité. Après la fugue, ils ne se souviennent en aucune façon de ce qui s'est passé; mais si on les endort, on leur rend le souvenir de ce qu'ils ont fait pendant la fugue, et ils vous le racontent. Ces crises ambulatoires débutent en général par un vertige et une inspiration bruyante, quelquefois par des sensations de strangulation et quelques contorsions. La fin en est marquée par d'autres phénomènes hystériques, et souvent par une période de sommeil.

Ce fait de pouvoir hypnotiser les malades et de leur faire revivre la phase oubliée de leur existence suffit à distinguer ces crises ambulatoires des fugues épileptiques. On sait, en effet, que les épileptiques sont très difficiles à hypnotiser. La pâleur, l'hébétément au début de la fugue épileptique, leur terminaison par le stertor, la morsure de la langue, l'incontinence de l'urine et des matières fécales, voilà encore de bons signes de la fugue épileptique. Si la fugue a été de longue durée, il est nécessaire d'avoir recours à d'autres caractères distinctifs. Chez les hystériques, pendant la fugue, les actes sont coordonnés, méthodiques. Elles ont l'apparence extérieure de personnes normales. Au contraire, chez les épileptiques les actes sont incoordonnés. Les malades errent sans but, souvent ils délirent ou sont en proie à la fureur.

J'ajouterai encore qu'après la cessation de la fugue, les hystériques se retrouvent en parfaite santé. Les épileptiques, au contraire, sont moulus, brisés, et la répétition des accidents détermine chez eux la déchéance intellectuelle.

Il me resterait encore à esquisser les traits différentiels entre les fugues hystériques et les fugues qui se produisent au début de la paralysie générale et au cours des intoxications. Mais il faut se

souvenir que ces intoxications sont souvent des agents provocateurs de l'hystérie.

M. TRISSÉ (de Bordeaux). — Je tiens à rappeler que la description des fugues hystériques se trouve dans ma thèse sur les aliénés voyageurs. On y trouvera une observation très intéressante d'hystérie avec fugues inconscientes.

M. LADAME (de Genève). — *Inversion sexuelle chez un dégénéré traitée par la suggestion hypnotique.* — Je ne suis pas de ceux qui regardent l'hypnotisme comme une panacée universelle. Mais je n'admets pas non plus l'opinion de Meynert qui voudrait bannir l'hypnotisme de la thérapeutique, et qui déclare qu'elle suffit à rendre hystérique. Je crois que l'hypnotisme, provoqué par la méthode persuasive de M. le professeur Bernheim, est toujours inoffensive et souvent utile.

Le malade dont je veux vous parler appartient à une famille de dégénérés. Son angle facial est petit, son intelligence assez faible. Il a, depuis l'enfance, des perversions génitales. C'est un *inverti congénital*. Il s'est livré de bonne heure à la masturbation et à la pédérastie active et passive. Il a toujours eu de l'aversion pour les femmes. Il est en proie à une obsession continuelle, l'image d'un jeune homme en costume gris. Dès que cette image se présente à son esprit, il entre en érection; il résiste pendant quelque temps, puis il se livre à la masturbation pour être débarrassé de son obsession. Ses médecins l'ont engagé à voir des femmes. Mais ses tentatives ont toujours abouti à des défaites humiliantes.

Je ne l'ai endormi qu'avec beaucoup de difficulté. Quand j'y suis parvenu, je lui ai persuadé que ses obsessions l'avaient quitté, et qu'ils n'avait plus à s'en préoccuper. Il m'a fallu vingt-cinq séances d'hypnotisme pour arriver à une amélioration. Je l'endors encore de temps en temps et je poursuis ma suggestion. Il se livre moins à l'onanisme, et ses obsessions sont moins fréquentes et moins tenaces; il continue cependant à éviter les femmes. Krafft-Ebing a publié une observation analogue. Il considère la guérison qu'il a obtenue par l'hypnotisme comme définitive.

M. BECHTEREW (de Saint-Petersbourg). — Je ne suis pas d'accord avec M. Ladame, quand il nous dit que l'hypnotisation ne présente aucun danger. Un magnétiseur de passage ayant endormi un homme du monde de mes amis, homme d'une santé parfaitement normale, celui-ci s'est vu sujet, quelque temps après, à des tremblements nerveux, et s'endormait parfois en regardant un objet brillant.

M. BENEDIKT (de Vienne). — Il règne encore une grande incertitude sur ces questions de l'hypnose et de la suggestion.

Je me suis occupé d'hypnotisme pendant vingt ans, et je suis arrivé à cette conviction que la suggestion n'est pas nécessaire pour produire les effets constatés par M. Ladame chez son malade. Je pense que l'hypnose suffit à elle seule.

M. MARCEL BRIAND. — Si l'on ne suggestionne pas le malade, du moins il se fait une auto-suggestion, ce qui revient au même.

M. BALL. — *De la législation comparée sur le placement des aliénés.* — Le rapport de M. Ball se résume comme suit :

Dans tous les pays et dans tous les temps, la séquestration des aliénés a été reconnue comme une nécessité qui s'impose, et cela pour trois raisons, dont il est impossible de méconnaître la gravité :

1° La nécessité de protéger la sécurité publique;

2° La nécessité de protéger l'aliéné contre lui-même;

3° La nécessité de soigner la folie, qui peut guérir, à la condition d'être soumise à un traitement approprié.

Ces principes ne sont contestés au fond par personne; mais, en pratique, au lieu de se contenter de protéger l'aliéné dans la mesure de la justice, on semble disposé à lui sacrifier les intérêts légitimes des hommes sains d'esprit. Il faut, pour le mettre en traitement, c'est-à-dire pour l'interner, cent fois plus de précautions que pour mettre en état d'arrestation un prévenu de droit commun. — La séquestration, malgré les garanties dont elle est entourée, semble toujours un attentat à la liberté individuelle.

Le malade est-il interné? Sa famille se plaint qu'il cohabite avec des fous, sans réfléchir qu'il y est à sa place, et qu'on ne saurait en bonne justice le loger ailleurs, au moins pendant les périodes initiales de sa maladie. Est-il amélioré? Avant même que la guérison ne soit complète et bien assise, il faut le mettre en liberté, sous le prétexte qu'il n'est plus dangereux.

Le double but poursuivi par le législateur dans tous les pays policés, a été d'assurer la séquestration des aliénés, pour les motifs que nous venons de dire, et en même temps de s'opposer à toute séquestration arbitraire. Ces deux objectifs ne sont nullement contradictoires, et peuvent être, dans la pratique, parfaitement conciliés. Reste à savoir si, dans quelques pays, la législation n'a pas sacrifié la première condition à la seconde, et si, sous le prétexte de défendre la liberté individuelle, qui n'est pas menacée, on ne s'expose pas à laisser l'aliéné sans soins, et la société sans défense.

Dans tous les pays on a cherché à établir une sorte d'équilibre entre l'autorité médicale et l'autorité administrative ou judiciaire.

La balance penche tantôt d'un côté, tantôt de l'autre. Nous citerons parmi les pays dans lesquels l'autorité médicale est prépon-

dérante : la Russie, la Belgique, l'Autriche, la Suède, la Norvège et la France, sous l'empire de la loi de 1838. Dans ces diverses contrées, l'autorité administrative contrôle l'action médicale dans une mesure plus ou moins étendue, mais en laissant la part principale au médecin.

Les pays au contraire où la balance penche du côté de l'Administration sont : l'Angleterre, l'Italie, l'Espagne, les Etats-Unis (dans la plupart des Etats qui composent la Confédération), la Hollande, enfin la France qui, sous le régime du projet en délibération, occuperait pour ainsi dire une position intermédiaire.

Signalons ici un grave défaut de plusieurs législations étrangères. Certes, nous ne pouvons espérer qu'une législation internationale soit créée pour les aliénés ; il serait trop difficile de la faire accepter par tous les gouvernements intéressés. Mais il est stupéfiant de voir que, dans un seul et même pays, les lois, les règlements les plus contradictoires, soient appelés à régir la condition des malades.

C'est pourtant ce qui se passe en Angleterre, en Suisse et aux Etats-Unis d'Amérique. Il semble à des esprits français que l'unification de ces lois est une nécessité qui s'impose.

En Suisse, les cantons de Genève et de Neuchâtel possèdent seuls une loi sur la matière. Les autres cantons sont gouvernés par de simples règlements.

Les alcooliques, les morphinomanes et les autres victimes d'habitudes analogues, devraient être l'objet de dispositions spéciales ; mais presque toutes les législations sont muettes sur ce point.

Nous trouvons cependant une excellente disposition dans les lois de l'Etat de Géorgie (Etats-Unis) ; la voici : « Peut être admis à l'asile tout individu qui, à la suite d'une procédure spéciale et réglée par le Code, a été déclaré être un ivrogne hors d'état d'administrer ses biens ; la demande d'admission doit être faite par l'individu lui-même ou, à son défaut, par son plus proche parent. Même sans déclaration judiciaire, peut être admis celui qui en fait lui-même la demande appuyée d'un certificat de trois médecins. »

Une disposition semblable rendrait les plus grands services en Europe et surtout en France, où l'absence de tout moyen de contrainte paralyse à cet égard l'action des intéressés. Nous en dirons autant en ce qui touche les morphinomanes, dont le nombre toujours croissant tend à devenir une des plaies de la société.

Les sujets de ce genre, sans être à proprement parler des aliénés, devraient être assujettis à une contrainte régulière dans leur intérêt personnel, aussi bien que dans celui de la société.

Il est une innovation heureuse que nous tenons à signaler dans le projet de loi adopté par le Sénat français ; nous voulons parler

du droit accordé à certains aliénés de réclamer eux-mêmes leur placement.

Les idées qui régnaient autrefois nous représentaient la folie comme un mal qui s'ignore lui-même, et l'on ne pouvait guère songer à tolérer l'intervention du malade dans sa propre séquestration. Mais, aujourd'hui, nous savons que plus d'un prédestiné sent venir les approches de l'orage qui menace sa raison. Nous savons aussi que plus d'un sujet, incapable de résister aux impulsions qui le tyrannisent, a parfaitement conscience de son état, qu'il le déplore, et qu'il voudrait le combattre par des précautions bien légitimes. Les faits de ce genre, depuis longtemps connus, n'avaient cependant pas été jusqu'ici l'objet d'une disposition spéciale; cette lacune vient enfin d'être comblée dans le projet de loi nouveau.

Il faudrait, bien entendu, prendre des précautions rigoureuses contre la simulation; car la paresse, l'indigence ou le défaut de travail, pourraient aisément créer des piliers d'asile, comme il y a des piliers d'hôpital. Mais c'est là un travail qu'on peut confier sans crainte au discernement des médecins; et, puisqu'il est facile de déjouer des ruses pareilles, quand il s'agit des maladies ordinaires, il ne doit pas être beaucoup plus difficile d'arriver à connaître la vérité quand il s'agit d'aliénation mentale.

Le rapporteur analyse ensuite les dispositions édictées dans la plupart des pays étrangers, au sujet de la séquestration des aliénés et termine cet exposé sommaire par quelques lignes sur la situation actuelle de la législation à cet égard en France.

M. FALRET. Je partage entièrement les idées de M. Ball. Je tiens cependant à revenir sur quelques-unes des innovations qui caractérisent le nouveau projet de loi voté par le Sénat et soumis actuellement à l'adoption de la Chambre des députés. Ces innovations sont les suivantes : extension du pouvoir de surveillance de l'administration qui ne s'exercera plus seulement sur les aliénés soignés dans les asiles, mais sur ceux qui sont soignés dans leur famille; création de quartiers distincts pour les aliénés dits criminels; intervention obligatoire du pouvoir judiciaire pour le placement des aliénés, etc. De ces différentes innovations et de quelques autres secondaires que je passe sous silence, aucune n'est à l'abri de la critique; je ne m'arrêterai cependant que sur la dernière, qui consiste à appeler dans toutes les circonstances les magistrats à statuer sur le placement des aliénés. Je regrette seulement que M. Roussel, le rapporteur de la nouvelle loi, ne soit pas présent, car j'espère qu'il aurait reconnu avec moi les inconvénients d'un pareil système.

Confier à la magistrature l'examen d'un aliéné, c'est commettre la même erreur que de transférer à la médecine la poursuite et le

ugement d'un criminel. Cette disposition est, du reste, impraticable. Dans le département de la Seine, on compte plus de 3,000 internements par an : ce sera donc annuellement plus de 3000 aliénés ou prétendus tels, que les tribunaux de la Seine devront examiner, interroger et finalement maintenir séquestrés ou mettre en liberté. Mais parmi ces aliénés, et ce ne seront peut-être pas les moins nombreux, il y en a qui répondront aussi bien que les magistrats qui les interrogeront. Comment les magistrats concluront-ils s'ils ne tiennent pas compte de l'avis des médecins et s'ils en tiennent compte, ne pourra-t-on pas dire que leur intervention est fictive?

En résumé, l'innovation qui consiste à faire intervenir la chambre du conseil dans tous les cas où il s'agit d'interner un aliéné, est une innovation malheureuse dont la pratique ne tardera pas à démontrer les dangers.

M. BARBIER. — Je m'associe complètement aux remarques que vient de présenter M. Falret. En ma qualité d'ancien magistrat, je tiens à déclarer hautement que je ne reconnais aucune compétence aux tribunaux en matière d'aliénation mentale. Ce serait faire à la magistrature un triste présent que de l'introduire, par une exagération de ses droits, dans une matière qui échappe à son domaine propre. Et ce n'est pas la médecine seule qui proteste contre cet abus, c'est le bon sens lui-même; aussi j'espère bien que cette disposition ne sera pas maintenue lorsque la nouvelle loi viendra en discussion devant la Chambre des députés. (Applaudissements.)

M. DELASIAUVE rapporte plusieurs cas d'aliénés qui, mis en liberté sur la réquisition d'un procureur ont commis des crimes quelques jours après.

MM. BOURQUE et DUGUET traitent de la législation concernant les asiles d'aliénés dans la province de Québec et M. Lemoine des conditions du placement des aliénés dans le département du Nord.

M. G. LEMOINE (de Lille). — *De l'hyosciamine et de l'hyoscine hypnotique.* — L'auteur relate le résultat de ses recherches sur les effets hypnotiques de l'hyosciamine et de l'hyoscine chez les aliénés. L'hyosciamine aux doses de 1/2 milligramme en injection sous-cutanée ou de 1 milligramme par la voie stomacale produit un sommeil calme qui se prolonge plusieurs heures. En outre, il n'y a pas d'accoutumance, ce qui constitue encore un avantage. Il n'en est pas de même du chlorhydrate d'hyoscine dont les effets sont très inconstants : il ne produit le sommeil que dans le tiers des cas environ et encore ce sommeil est-il précédé d'une phase d'excitation avec titubation, loquacité, etc. Dans certains cas même on voit survenir des accidents plus graves : raideur cataleptiforme des

membres, accidents syncopaux, etc. Il résulte de ces recherches que l'hyoscine constitue un mauvais médicament, que l'hyosциamine, au contraire, est un bon sédatif du système nerveux.

M. J. SÉGLAS. — Je n'ai pas expérimenté l'hyosциamine, mais j'ai essayé le chlorhydrate d'hyoscine en injections sous-cutanées chez plusieurs malades : je n'ai pas obtenu de ce médicament de meilleurs effets que M. Lemoine. L'hyoscine est très toxique : au lieu de calmer les malades, elle les excite et donne lieu à des phénomènes d'ivresse absolument comparables à ceux de l'ivresse alcoolique avec coma, stertor, etc.

M. ROUILLARD. — Je me suis servi non pas du chlorhydrate mais de l'iodhydrate et du bromhydrate d'hyoscine, je n'ai pas obtenu de meilleurs résultats que MM. Lemoine et Séglas.

M. BRIAND (de Villejuif), lit un travail sur les *troubles de la mémoire dans l'intoxication par l'oxyde de carbone*. — Les troubles de l'intelligence et de l'idéation sont des faits qui ne sont point rares à la suite de l'empoisonnement par l'oxyde de carbone ; il semble au contraire que les troubles de la mémoire s'observent moins fréquemment, puisque la plupart des auteurs qui se sont occupés de cette question n'en parlent pas.

J'ai eu l'occasion de soigner une jeune fille qui avait cherché à s'asphyxier en brûlant du charbon dans sa chambre, et j'ai constaté que, tout se bornait à une perte absolue de la mémoire relativement aux faits dont elle avait été la principale actrice ; cette amnésie allait même si loin qu'elle ignorait même la cause d'une brûlure qu'elle avait au bras et produite lors de sa tentative de suicide.

Ce n'est qu'après plusieurs semaines que, sur nos instances répétées, elle rappela un peu ses souvenirs relatifs aux faits qui avaient précédé ses projets d'asphyxie ; mais, au contraire, l'amnésie était complète pour tout ce qui s'était passé depuis qu'elle avait cherché à mettre sa tentative à exécution.

Il y a, entre cette amnésie passagère et celle qui se produit au moment de l'ivresse, une très grande analogie ; l'on pourrait admettre que, dans ces cas, les cellules cérébrales, sous l'influence de ces deux toxiques, perdent momentanément toute impressionnabilité.

Ce fait peut avoir, au point de vue médico-légal, une grande importance, car l'on pourrait supposer le fait d'un individu qu'on chercherait à tuer par asphyxie et qui aurait entièrement perdu le souvenir de ces tentatives criminelles exercées sur lui.

M. BRUNET (de la Charité). — *De la spécificité de la paralysie générale*. — M. Brunet désigne cette maladie au point de vue anatomique sous le nom de *péricérébrite*. Il rappelle que l'on a

voulu, dans ces derniers temps, enlever à la paralysie générale son entité clinique en lui comparant les cas de pseudo-paralysie générale ; anatomiquement on a également nié un caractère spécifique aux adhérences du cerveau, lésions mortelles pour les uns, banales pour les autres. Le Dr Brunet, avec des observations à l'appui, s'élève contre cette confusion. Il fait remarquer que les lésions de la paralysie générale ont une certaine constance.

Les circonvolutions frontales, pariétales et sphénoïdales sont presque toujours atteintes, les circonvolutions occipitales sont le plus souvent intactes. L'isthme de l'encéphale et la moelle peuvent présenter des lésions scléreuses, mais d'une façon plus inconstante. En un mot, le siège des lésions se trouve surtout sur le territoire irrigué par la carotide interne. La consistance du cerveau augmente d'avant en arrière. Au début il y a de l'hyperémie, puis de la turgescence du cerveau. Les adhérences des membranes augmentent ; sous ces adhérences il se forme à la fin de la maladie une atrophie cérébrale. Ces lésions constantes, ainsi que l'évolution clinique que présentent certains malades, plaident en faveur de la spécificité de la maladie.

M. Brunet croit qu'au début, à la période de simple hyperémie, la paralysie générale est curable. Il ordonne à ses malades alors jusqu'à 1 gr. de tartre stibié et jusqu'à 40 gr. de bromure de potassium.

M. BALL appuie l'opinion de M. Brunet sur la spécificité de la paralysie générale. Les adhérences sont la lésion type de la maladie, comme l'ulcération des plaques de Peyer est la marque anatomique de la fièvre typhoïde. L'absence constatée de ces lésions dans de rares autopsies ne leur enlève rien de leur valeur. M. Ball trouve que les doses de bromure administrées par le Dr Brunet sont excessives.

M. GARNIER demande à l'orateur s'il veut remplacer par « péri-cérébrite » la dénomination de paralysie générale.

M. BRUNET ne veut pas identifier les deux termes, puisqu'on trouve les mêmes lésions de péri-cérébrite dans l'idiotie, par exemple.

M. LADAME (de Genève). — *Érythropsie (vue rouge) dans la paralysie générale.* — Baillarger a été le premier à signaler les troubles oculaires liés à la paralysie générale. Les paralytiques généraux ont des hallucinations de la vue, assez rarement cependant. Ces hallucinations ont un caractère en rapport avec celui de leur délire. Il leur arrive souvent de voir tous les objets d'une même teinte uniforme, le noir pour les lypémaniaques, le blanc ou l'or pour les excités ambitieux. Mais, jusqu'à présent, nous n'avions pas eu d'exemple d'érythropsie. J'ai été consulté dernièrement par un homme d'une quarantaine d'années qui se plaignait d'insomnies. Ses

pupilles, punctiformes, réagissaient à l'accommodation, mais pas à la lumière. Je pensais d'abord à l'ataxie, mais les réflexes rotuliens étaient exagérés. C'était un paralytique général au début, et sa maladie s'affirma bientôt par de l'hésitation de la parole, de l'obtusion intellectuelle, du tremblement des lèvres et des mains, un dérangement dans les habitudes; etc.

Un jour il vint me voir pour un phénomène qui l'inquiétait : tous les objets lui apparaissaient comme semés de petites plaques rouges, qui formaient relief. Un ophtalmologiste très compétent n'y découvrit aucun trouble de l'accommodation. Son champ visuel était normal; l'examen ophtalmoscopique ne révélait rien de spécial. D'après les résultats de l'examen de l'œil, il devint évident que cette érythropsie était d'origine corticale, et liée à l'excitation du centre de la vision chromatée par l'inflammation péri-encéphalique.

Un phénomène assez curieux et peu explicable, c'est l'apparence de relief que prenaient les plaques rouges vues par mon malade.

L'érythropsie ordinaire des ophtalmologistes se produit dans des conditions de pupille large et de très vive lumière.

Ces conditions ne se retrouvaient pas chez notre malade, dont l'observation vient à l'appui de la théorie corticale de l'érythropsie.

M. CHARPENTIER. — Le malade de M. Ladame conservait-il son érythropsie en rêve ? S'il en était ainsi, ce serait une preuve absolue de son origine corticale et non oculaire.

M. G. LEMOINE. — *De l'arthritisme considéré comme cause de la paralysie générale.* — Dans l'étiologie de la paralysie générale, on ne s'attachait autrefois qu'à la description de causes occasionnelles (excès vénériens ou intellectuels, alcoolisme, etc.).

Aujourd'hui la question du terrain prime toutes les autres. Déjà le professeur Charcot a insisté sur la parenté du rhumatisme avec les maladies nerveuses, et la notion d'une tare héréditaire se fait jour de toutes parts en pathologie nerveuse.

La paralysie générale n'échappe pas à l'influence générale de l'hérédité névro-arthritique; elle évolue le plus souvent sur un terrain arthritique. Déjà Baillarger, Luys, et après eux, Ball et Régis ont mis en relief l'importance de l'hérédité congestive. Or, quels sont les malades ainsi exposés aux poussées congestives ? Ce sont des arthritiques, des hémorrhédaire, des rhumatisants, etc.

Sur 30 paralytiques généraux, j'en ai vu au moins 10 chez lesquels il eût été impossible de retrouver une autre notion causale que l'arthritisme. Outre du rhumatisme antérieur, on trouvait chez eux la séquelle des manifestations arthritiques, l'emphysème, les bronchites à répétition, les migraines, l'eczéma, etc. Chose remar-

quable, ces désordres constitutionnels tendaient à s'atténuer ou à disparaître au moment de l'éclosion des troubles cérébraux, et chez un de mes malades, j'ai observé jusqu'à l'évidence une alternance parfaite d'une affection cutanée et des perturbations cérébrales.

Ces *paralysies générales rhumatismales* ont le caractère ordinaire de la paralysie générale à forme de folie congestive. Il est à remarquer qu'elles surviennent d'assez bonne heure. Quand chez un arthritique qui a des migraines, on voit se produire fréquemment des poussées congestives du côté du visage, il faut se méfier; survenne une cause occasionnelle, des excès d'alcool ou un surmenage vénérien, le mal éclatera.

M. CHARPENTIER. — L'arthritisme est si répandu qu'il n'est pas rare de constater la paralysie générale chez des arthritiques. Il est possible pourtant qu'elle affecte chez eux une physionomie spéciale. Mais je ne crois à la précocité des accidents en pareils cas. Le fait sur lequel j'insisterai plutôt, c'est la fréquence relative des othématomes chez les paralytiques généraux arthritiques.

M. LEGRAIN. — La statistique de M. Lemoine me semble reposer sur un nombre d'observations bien restreint. D'autre part, il me semble préférable d'invoquer en bloc l'hérédité névropathique ou névro-arthritique que la seule hérédité arthritique. Il ne faut pas négliger surtout la recherche des antécédents vésaniques.

M. LAURENT (de Rouen). — Il faudrait aussi se garder éventuellement d'une confusion entre les arthropathies nerveuses, qui peuvent se montrer au cours de la paralysie générale, et le rhumatisme vrai.

M. DOUTREBENTE. — Je crois que la vérité se trouve dans les propositions suivantes : en opposition à l'hérédité vésanique, les paralytiques généraux ont une hérédité spéciale que j'appelle *hérédité des tendances congestives*. Ils sont, en effet, fils d'arthritiques, et l'on voit souvent les premiers symptômes de congestion encéphalique succéder à la suppression d'un flux hémorroïdaire. Peut-être même la menstruation peut-elle rendre compte de la rareté relative de la paralysie générale chez la femme avant la ménopause. Les individus qui font la paralysie générale commune sont des congestifs et l'on trouve encore des congestifs chez leurs ascendants. Il y a bien des paralytiques généraux qui ont de l'hérédité vésanique. Mais ceux-là font une maladie à part, qui dure non plus un an, deux ans, mais dix et vingt ans, une maladie qui débute souvent par un type circulaire et qui est traversée par de longues rémissions.

M. TISSIÉ (de Bordeaux). — *Un cas d'obsession intellectuelle et émotive guérie par la suggestion renforcée par le parfum du corylopsis, l'isolement et les douches.* — Il s'agit d'une malade de

23 ans. A 18 ans, ayant fait un voyage en Allemagne chez des parents fort riches, elle en revint avec une soif de plaisir et le goût d'une vie fiévreuse qu'elle ne devait pas trouver chez elle. De cette époque datent les crises, qui surviennent tout à coup « en éclair » ou lentement, « en marée qui monte, » à la suite de l'impossibilité dans laquelle elle se trouve de ne *pouvoir vouloir* accomplir un acte. Le regret de n'avoir pu lutter contre l'absence de volonté est si grand, qu'il provoque un accès d'ennui ou de désespoir suivi d'une crise.

Au cœur, elle ressent une impression de coups de poignards. Au cerveau, c'est un sentiment de vide, de chaos; ce sont mille idées qui s'entrechoquent et se heurtent entre elles : c'est de l'anarchie psychique. Ce sont des frayeurs instantanées, des hallucinations de la vue, dans lesquelles elle voit passer la « mort, » des idées de suicide venant de *la peur même du suicide*, des crises de misanthropie. Dans l'état d'excitation, elle veut s'enfuir de chez elle et courir dans la ville; elle marche dans sa chambre pendant des heures entières, jusqu'à ce que, fatiguée, elle tombe sur son lit. Dans l'état de dépression, elle ne quitte pas son lit; si on veut la faire lever pour faire sa couche, elle va se mettre dans un autre lit.

Dans les deux états de surexcitation et de dépression, la malade cherche à se soulager par les hypnotiques, surtout par la morphine.

J'endors la malade en juillet 1888. Je la trouve dans sa chambre, gesticulant, les cheveux en désordre, demandant avec vivacité qu'on la débarrasse *d'un je ne sais quoi qui l'opprime et l'étreint horriblement, comme une peur violente*; sa figure est crispée, le regard est méchant, sa physionomie est très dure, la maigreur du corps est extrême. Je pratique la friction oculaire, qui amène le sommeil hypnotique. Je suggère; 1° de ne plus être obsédée par le sentiment d'angoisse qui l'envahit; 2° de ne plus avoir peur du suicide; 3° de ne plus s'ennuyer; 4° de se lever de bonne heure et de faire de l'exercice; 5° de ne plus prendre de morphine. Au réveil, l'expression de la physionomie est complètement changée, elle est douce, agréable à voir; la malade est transfigurée. J'endors M^{lle} X... tous les jours; ayant obtenu d'excellents résultats chez une morphinomane, de l'emploi d'un parfum pour renforcer la suggestion, je répète l'expérience. On sait, en effet, qu'une odeur ou qu'un parfum rappelle des souvenirs quelquefois très lointains. Je dis donc à ma cliente que le parfum du corylopsis, que je lui fais sentir en même temps, déplacera son ennui, fortifiera sa volonté et lui rendra le calme en lui rappelant la suggestion donnée à cet effet.

Une amélioration sensible se produit et la guérison s'affirme : « Votre volonté, me dit-elle, pénètre dans la mienne dès que j'aspire « ce parfum; je me sens plus forte et plus maîtresse de moi-même. »

Ayant suspendu tout traitement pendant un mois, je vois son succès compromis. Luttant contre une volonté bien arrêtée de la malade de ne pas vouloir se laisser endormir, subissant en cela une influence étrangère, je conseille l'isolement dans une maison d'hydrothérapie où je pourrai voir la malade quand et comment je voudrai. Je reprends la suggestion renforcée par le parfum et les douches.

La guérison s'affirme ; je la considère comme acquise depuis le mois de février dernier. Dès cette époque, il n'y a plus eu de crise.

Je crois donc pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° L'obsession intellectuelle et émotive (sentiment de peur du suicide; d'angoisses précordiales d'origine psychique) peut être suivie de guérison par la suggestion hypnotique renforcée par un parfum ;

2° Un arrêt dans la suggestion peut compromettre le traitement tant que la guérison n'est pas définitivement assurée ;

3° La réclusion et les douches peuvent être des adjuvants très précieux.

M. P. GARNIER. — *Progression corrélative de la folie alcoolique et de la paralysie générale.* — La statistique démontre que le nombre des aliénés, à Paris, s'est accru pendant ces dernières années dans de fortes proportions, la fréquence de la folie ayant augmenté, de 1872 à 1888, de 30 % environ.

L'aliénation mentale est plus commune chez l'homme que chez la femme (H. 55, 61 %; F. 44,38 %, statistique générale de la préfecture de police). Le rapport d'accroissement de la folie pour les deux sexes, dans la dernière période triennale 1886-1888, se traduit ainsi : H. 59,35 %; F. 40, 64 %.

La folie considérée dans l'ensemble de ses modalités et envisagée sous le rapport de son mouvement mensuel, atteint chaque année son maximum de fréquence en juin et semble être favorisée dans ses manifestations extérieures et son développement, chez l'homme comme chez la femme, par une *influence saisonnière vernale*.

L'augmentation des cas d'aliénation mentale dans ces dernières années est, avant tout, le fait de deux types morbides dont la fréquence est en très rapide progression : la *folie alcoolique* et la *paralysie générale*. Les psychoses essentielles comme la manie, la mélancolie, la psychose systématique progressive, restent à peu près stationnaires et sont, en général, deux fois plus communes chez la femme que chez l'homme.

La progression de la folie alcoolique est à ce point rapide, que sa fréquence est aujourd'hui *deux fois plus grande* qu'il y a quinze ans et que les séquestrations dont elle est responsable ont augmenté de 25 % dans le cours de cette dernière période triennale (1886-1888).

Elle forme aujourd'hui à elle seule près du tiers des cas d'aliénation mentale observés à l'infirmerie spéciale.

La femme a sa participation proportionnelle dans cette augmentation, et cette participation tend à devenir de plus en plus considérable. Représentée, il y a quinze ans, par un sixième, elle est aujourd'hui d'un cinquième.

La folie alcoolique est soumise, dans son degré de fréquence, à de fortes variations mensuelles; ce n'est pas à l'époque des mois les plus chauds qu'elle atteint ses plus hauts chiffres. La recrudescence paraît se rapporter à une influence saisonnière vernale, le trimestre du printemps étant le plus chargé avec *maximum mensuel en juin*.

L'observation des modalités délirantes de l'alcoolisme prouve que les réactions qui se développent sous son influence sont de jour en jour plus violentes, plus attentatoires à la vie des personnes, conséquences qu'il est légitime d'attribuer à la toxicité des alcools d'industrie actuellement en usage.

La paralysie générale, qui est, avec la folie alcoolique, la forme morbide dont l'accroissement est le plus accéléré, figure pour 12, 27 % dans le total des malades enregistrés au Dépôt. En quinze ans, sa fréquence a plus que doublé.

Elle tend à devenir proportionnellement plus commune chez la femme; le rapport, qui était autrefois de H. 79. 60 % et F. 21.39 % est aujourd'hui H. 71. 17 % et F. 28. 82 %.

Comme l'aliénation mentale en général, comme la folie alcoolique, mais plus encore que toute autre forme morbide, la paralysie générale est plus commune au printemps. La recrudescence se place en mai et est très nettement vernale.

La comparaison entre les graphiques, qui marquent l'accroissement simultané de la folie alcoolique et de la paralysie générale, établit que leur progression est nettement corrélative. Dans la solidarité de leur marche envahissante paraît clairement se traduire l'influence étiologique de l'alcoolisme sur le développement de l'encéphalite interstitielle.

M. BALL. — On ne peut affirmer, en s'appuyant sur la statistique, que l'augmentation du nombre des paralytiques généraux est la conséquence des progrès de l'alcoolisme. De ce que la paralysie générale et l'alcoolisme se sont accrus dans des proportions à peu près identiques, il ne s'ensuit pas forcément que l'une de ces deux maladies soit engendrée par l'autre. La comparaison de l'accroissement des chiffres de ces deux maladies n'autorise pas une semblable déduction. Il ne faut pas croire que la statistique puisse résoudre tous les problèmes; elle les rend quelquefois plus obscurs. Il ne me serait, du reste, pas difficile d'invoquer des chiffres, qui seraient en com-

plète contradiction avec ceux de M. Garnier. Ainsi, il y a deux départements en France, le Finistère et le Calvados, où l'alcoolisme règne en souverain maître, et cependant la paralysie générale y est presque inconnue. La même remarque s'applique à l'Écosse et à l'Irlande. Au contraire, en Angleterre où l'alcoolisme est beaucoup moins répandu, les paralytiques généraux sont assez nombreux.

En Suède, le pays par excellence de l'alcoolisme, la paralysie générale est inconnue. On ne peut donc pas soutenir que la paralysie générale dérive de l'alcoolisme et seulement de l'alcoolisme. Le rôle de l'alcoolisme sur la genèse des maladies en général est assez considérable sans que nous y ajoutions celles dont il est innocent. De ce nombre est la paralysie générale; ce qui le prouve encore, c'est la divergence d'opinions qui existent à cet égard. A côté de ceux qui l'attribuent à l'alcoolisme, il en est d'autres qui invoquent la syphilis, l'arthritisme, le surmenage, etc. La multiplicité de ces causes est la meilleure preuve de notre ignorance et les chiffres invoqués par M. Garnier ne sont pas de nature à dissiper cette obscurité.

M. TAGUET (de Vannes). — Dans toute la Bretagne les ivrognes abondent et cependant les alcooliques et les paralytiques généraux y sont inconnus.

Un membre. — A Marseille, depuis quelques années, l'alcoolisme a augmenté dans des proportions considérables : le nombre des paralytiques généraux, au contraire, est resté stationnaire.

M. RÉGIS. — La statistique de M. Garnier est, du reste, contestable dans une certaine mesure; elle a été dressée au dépôt de la préfecture de police, et tout le monde sait que les conditions dans lesquelles s'y présentent les malades, permettent rarement de porter un diagnostic irrévocable.

M. SEMAL. — C'est une erreur de croire, comme l'a dit M. Ball, que l'alcoolisme soit très répandu en Suède; depuis la nouvelle loi fiscale qui a surélevé les droits sur l'alcool, l'ivrognerie a complètement disparu de ce pays; il n'est donc pas surprenant qu'on n'y rencontre pas de paralytiques généraux.

M. GARNIER. — Je n'ai jamais eu la prétention d'attribuer seulement aux progrès de l'alcoolisme l'accroissement du nombre des paralytiques généraux; je crois, comme M. Ball, que cet accroissement est dû à des causes multiples, mais je ne peux m'empêcher de voir une corrélation entre la progression de ces deux maladies.

M. PIERRET (de Lyon). — *Étiologie de la paralysie générale.* — La communication de M. Lemoine sur la paralysie générale arthritique me paraît vraie, mais ne touche qu'un des côtés de la question.

L'arthritisme est difficile à définir; cependant les médecins com-

mençant à s'entendre sur ce point : on sait d'abord qu'au point de vue de l'hérédité l'arthritisme occupe à coup sûr le premier rang ; bien plus, il constitue la somme d'une foule de manifestations qui appartiennent toutes à la même famille. C'est le cycle arthritico-nerveux dans lequel se trouvent côte à côte la migraine, l'épilepsie, la goutte, l'hystérie, le rhumatisme, le diabète, etc.

Il comprend aussi l'athéromasie précoce, les artérites avec angines de poitrine, le tout en raison d'inflammations de nature particulière.

Pour ne prendre en considération que les formes massives du rhumatisme, nous voyons d'abord la forme subaiguë du rhumatisme cérébral, puis la forme subaiguë (manies rémittentes) alternant avec les manifestations articulaires.

Pour ces diverses formes on peut aisément invoquer des localisations inflammatoires sur les méninges, les vaisseaux, etc. Mais la question présente une autre face ; les arthritiques sont fréquemment des dyspeptiques, ils ont des dilatations de l'estomac, des troubles des fonctions intestinales ; ils font de la mauvaise chimie élémentaire ; leur foie surmené cesse de s'opposer à l'introduction des poisons dans l'organisme. Par là se réalise une seconde condition pathogénique des accidents nerveux chez les arthritiques. C'est une véritable intoxication secondaire.

C'est là une grande difficulté dans l'interprétation des troubles psychiques observés : délire aigu, manie, mélancolie, mais c'est aussi l'espérance, lointaine encore, il est vrai, de trouver des moyens thérapeutiques en se fondant sur la connaissance de ce double facteur pathologique.

M. SOLLIER. — *De la porencéphalie et de la pseudo-porencéphalie.*

— Il y a lieu de distinguer deux formes de porencéphalie : la porencéphalie vraie et la pseudo-porencéphalie.

La porencéphalie vraie est le résultat d'un arrêt de développement et est, par conséquent, congénitale. La pseudo-porencéphalie est consécutive à un processus destructif, probablement dû à un trouble circulatoire pendant la vie intra-utérine ou plus tard.

Dans la porencéphalie vraie, il y a communication de la dépression avec le ventricule latéral. Dans la pseudo-porencéphalie, cette communication n'existe pas. Toutefois, cette disposition n'a pas une valeur absolue, car on peut très bien supposer que le processus nécrobiotique détruit complètement la substance cérébrale jusqu'au ventricule latéral, et établisse ainsi une large communication avec lui.

La disposition des circonvolutions a, au contraire, une plus grande importance. Dans la porencéphalie vraie, elles sont disposées en rayonnant autour du forus dans lequel elles plongent. Dans la

pseudo-porencéphalie, au contraire, les circonvolutions sont coupées irrégulièrement, et les parties qui en ont été respectées n'ont subi aucune déviation dans leur direction normale.

La forme de la dépression est bien différente dans les deux cas : dans la porencéphalie vraie, on a une sorte d'infundibulum, quelquefois une simple fente ou un orifice presque circulaire. Dans la pseudo-porencéphalie, on a une vaste excavation béante, dont les parois, au lieu d'être formées par les circonvolutions, sont constituées par la substance blanche recouverte de la membrane du pseudo-kyste qui lui adhère intimement. Malgré l'étendue relativement beaucoup plus considérable de la pseudo-porencéphalie, les phénomènes psychiques peuvent être moins marqués que dans la porencéphalie vraie, qui s'accompagne presque toujours d'idiotie.

Le diagnostic de la porencéphalie vraie est, pour ainsi dire, impossible; mais, dans certains cas, on peut poser d'une façon assez certaine et très vraisemblable celui de la pseudo-porencéphalie.

M. MOTET. — *De la responsabilité des alcoolisés.* — M. Motet (de Paris) montre qu'il existe une infinie variété de degrés entre l'ivresse simple et l'alcoolisme chronique (ivresse pathologique, délire alcoolique, dipsomanie, etc.). Le plus souvent, le médecin expert se trouvant en présence de cas complexes, aucune règle fixe ne peut être posée, aucun critérium suffisamment solide ne peut être établi; il est nécessaire, toutefois, de se maintenir exclusivement sur le terrain de la clinique sans se lancer dans les spéculations philosophiques où il est facile de s'égarer. C'est seulement dans l'individualisation de chaque cas examiné dans ses antécédents, dans ses particularités, dans ses caractères multiples, qu'on trouvera les éléments nécessaires à une appréciation médico-légale vraiment scientifique.

Comme conclusions, on peut dire que la responsabilité est nulle toutes les fois que le crime ou le délit appartiennent à la période *délirante* aiguë ou subaiguë d'un accès d'alcoolisme.

La responsabilité est nulle aussi lorsque le crime a été commis par un homme atteint d'alcoolisme chronique, chez lequel des lésions cérébrales définitives ont compromis l'intégrité de l'organe et déterminé le trouble de la fonction.

La responsabilité peut être atténuée chez les individus faibles d'intelligence, chez lesquels la tolérance pour les boissons alcooliques est diminuée par les conditions d'infériorité de leur organisation cérébrale. Elle ne saurait disparaître tout entière surtout lorsque ces individus savent qu'ils ne peuvent pas boire sans danger pour eux-mêmes.

La responsabilité peut être atténuée encore lorsqu'il est démontré que l'individu a été involontairement surpris par l'ivresse.

Elle existe tout entière :

Dans les cas d'ivresse simple qu'il était au pouvoir du délinquant d'éviter;

Lorsque l'excitation alcoolique a été recherchée pour se donner l'entraînement à commettre un crime ou un délit.

Il s'en faut de beaucoup que les choses se présentent assez simplement dans la pratique médico-légale pour que ces règles formulées d'une manière absolue trouvent une application immédiate. Il faut, au médecin-expert, une connaissance profonde des états si complexes, si divers qui peuvent se présenter, il lui faut encore la prudence, la réserve, qui lui permettent d'éclairer la justice, sans compromettre les intérêts de l'inculpé.

M. TAGUET distingue deux cas principaux : 1° l'ivresse, qui entraîne une certaine atténuation de responsabilité et à laquelle il conviendrait d'appliquer l'article suivant du code pénal allemand : « Si l'accusé se trouvait au moment de l'acte dans un état capable, non pas d'abolir entièrement, mais tout au moins d'entraver le libre arbitre, il sera passible de la moitié de la peine qui est applicable à la simple tentative criminelle; » 2° les *ivrognes* proprement dits, sujets, aux moindres excès, à une sorte de *folie transitoire*. Ceux-ci doivent bénéficier, en général, de l'article 64 du code pénal, tout comme les dipsomanes ou les alcooliques proprement dits. Mais, en même temps, ces ivrognes devraient être assimilés aux aliénés criminels et maintenus dans les asiles par mesure de sécurité et de morale publique, lorsque plusieurs récidives les ont mis hors la société.

M. MORET formule ces vœux de la façon suivante :

Le Congrès, en présence des dangers dont l'alcoolisme menace la société, la famille, l'individu,

Reconnaissant qu'il y a lieu d'établir des distinctions entre l'ivresse simple, l'ivresse pathologique et ses variétés et l'alcoolisme chronique,

Emet le vœu : Que, dans un intérêt de défense sociale, des mesures judiciaires, d'une part, des mesures administratives durables, d'autre part, soient prises contre les alcoolisés, suivant la catégorie à laquelle ils appartiennent.

Que les pouvoirs législatifs donnent une sanction aux travaux de Claude des Vosges, de MM. Th. Rousseau et Léon Say.

Qu'il soit pourvu par la création d'un ou de plusieurs établissements spéciaux à l'internement des ivrognes d'habitude, des alcoolisés ayant commis des crimes ou des délits, et ayant bénéficié d'une ordonnance de non-lieu en raison de leur état mental.

Que la durée de l'internement soit déterminée par les tribunaux

après enquête médico-légale; que la sortie, même après l'expiration du temps fixé, puisse être ajournée si l'alcoolisé est reconnu légitimement suspect de rechute.

Que ces établissements, ayant le caractère de maisons de traitement et non de maisons de répression, soient organisés avec une discipline sévère et que le travail y soit imposé.

Que les statistiques judiciaires et administratives soient dressées de manière à faire ressortir les résultats de ces mesures. (Adopté.)

M. BETTENCOURT-RODRIGUES. — *De l'influence des phénomènes d'auto-intoxication et de la dilatation de l'estomac dans l'étiologie des formes dépressives ou mélancoliques.* — M. Bettencourt-Rodrigues (de Lisbonne) communique plusieurs observations d'aliénés mélancoliques ou hypocondriaques ayant présenté des troubles gastro-intestinaux. S'appuyant sur les travaux de M. Bouchard, l'orateur se croit autorisé à rattacher dans ces cas les troubles mentaux aux désordres gastriques, c'est-à-dire à la résorption de produits toxiques élaborés dans le canal intestinal. L'antisepsie de ce canal réussit, en effet, quelquefois, à guérir les psychoses, notamment les psychoses à formes dépressives hypocondriaques. Une mention spéciale doit être faite également pour le *délire aigu*, que l'orateur considère comme une auto-intoxication d'origine gastro-intestinale.

M. CHRISTIAN (de Charenton). — *Syphilis et paralysie générale.* — La question des rapports de la syphilis et de la paralysie générale est une de celles qui soulèvent le plus de controverses. Les nombreuses recherches que j'ai faites me portent à croire, contrairement à l'opinion soutenue par quelques auteurs, que la syphilis ne joue aucun rôle dans la pathogénie de la paralysie générale. Les arguments qui ont été invoqués en faveur de l'opinion contraire à celle que je défends, sont de plusieurs ordres.

On a dit, d'abord, que le plus grand nombre de paralytiques généraux étaient d'anciens syphilitiques. Cela n'est pas exact; d'après moi, la syphilis ne se rencontrerait que dans 15 % des cas de paralysie générale. Lors même que cette proportion serait plus élevée, on ne serait pas en droit d'admettre qu'il y a une relation de cause à effet entre la syphilis et la paralysie générale.

On s'est appuyé encore, pour soutenir cette relation, sur l'anatomie pathologique; mais entre les différentes formes de syphilis cérébrale (tumeurs gommeuses, lésions artérielles, etc.) et la péri-encéphalite chronique, il n'y a pas la moindre analogie et, du reste, ce n'est pas seulement la caractéristique anatomique de la paralysie générale

supposée syphilitique qui fait défaut, c'est encore la caractéristique clinique : on a dit que la marche de la paralysie générale syphilitique était plus irrégulière que l'autre, que les rémissions y étaient plus fréquentes et plus prolongées ; que le malade présentait des paralysies partielles, etc. ; il n'y a pas là de caractéristique suffisante pour établir un diagnostic différentiel.

Enfin, il n'y a pas davantage à compter sur les effets du traitement pour élucider la question, car je ne conçois pas un seul cas de paralysie générale qui ait été guéri par le traitement antisypilitique. Je crois donc, jusqu'à nouvel ordre, qu'il n'y a aucune relation pathogénique entre la syphilis et la paralysie générale.

M. MABILLE ne partage pas l'opinion de M. Christian ; il a observé chez d'anciens syphilitiques nombre de méningo-encéphalites chroniques analogues à celles de la paralysie générale.

M. BALLEST est certain que la question soulevée par M. Christian est de la plus haute importance, puisqu'elle vise l'étiologie et, partant, la prophylaxie d'une maladie des plus graves du système nerveux. Il importe donc que cette question soit résolue dans un sens ou dans l'autre, et cela le plus rapidement possible. Pour cela, je crois qu'il ne faut faire appel ni à l'anatomie pathologique, ni aux résultats de la médication spécifique. Je m'explique : les lésions que produit la syphilis dans les centres nerveux sont encore trop mal déterminées pour qu'on puisse, à coup sûr, dans tous les cas, les rattacher à leur véritable cause. D'autre part, on comprend très bien que ces lésions essentiellement destructives, syphilitiques ou non, soient irréparables ; par conséquent, on ne saurait s'appuyer sur l'inefficacité du traitement spécifique pour nier la spécificité de la paralysie générale. Il faut donc faire appel à un autre élément d'information. Cet autre élément, c'est la statistique, et ici je me sépare complètement de M. Christian. Le jour où on viendra nous dire, avec preuves à l'appui : Sur 100 paralytiques généraux on trouve 90 ou 100 syphilitiques, la question, selon moi, sera jugée : il faut faire pour la paralysie générale ce qu'on a déjà fait pour l'ataxie. Relativement, la chose est facile, puisque tous ou presque tous les paralytiques généraux sont hospitalisés. Il faut faire une enquête sur les antécédents de tous les paralytiques généraux, il faut que cette enquête porte non seulement sur leurs ascendants, mais sur leurs descendants, car c'est quelquefois la syphilis des enfants qui décèle celle des parents. Je propose donc, pour mener cette enquête à bien qu'une commission internationale dresse un questionnaire relatif à ce sujet et que ce questionnaire soit envoyé à tous les médecins des asiles publics ou privés. (Adopté à l'unanimité.)

M. MONOD, directeur des services d'hygiène et de l'assistance publique. — *La situation des aliénés placés en observation dans les quartiers d'hospice.* — D'une enquête qu'il vient de faire, il résulte que dans beaucoup de départements ces quartiers sont déplorablement installés et que les aliénés ne peuvent y recevoir les soins nécessaires; l'orateur émet le vœu qu'à moins d'impossibilité matérielle, tous les aliénés soient désormais dirigés directement sur des asiles. (Adopté à l'unanimité.)

M. SAURY. — *Des folies multiples.* — L'expression de *folies multiples*, ou, plus exactement, de *coexistences délirantes*, sert à désigner une catégorie de faits complexes, caractérisés par l'évolution simultanée de plusieurs états psychopathiques de nature différente, chez le même aliéné. Tantôt, c'est l'alcool dont l'action se surajoute à celle d'une maladie antérieure. Tantôt, c'est la névrose convulsive qui impose à la vésanie première de nouveaux éléments. Enfin, le sujet peut être à la fois vésanique, épileptique, alcoolique, et l'on se trouve alors en présence de trois espèces morbides distinctes, indépendantes quoique réunies, sans influence, pour ainsi dire, l'une sur l'autre, car si leur association donne un certain cachet à l'ensemble clinique, aucune d'elles n'abandonne ses traits individuels, qu'il s'agisse des symptômes, de la marche ou du pronostic.

Lasèque avait déjà signalé quelques-unes de ces complications pathologiques, au point de vue de la combinaison de l'alcoolisme avec diverses formes mentales. Mais c'est à M. Magnan que revient l'honneur d'avoir attiré particulièrement l'attention sur les délires multiples, et de les avoir étudiés sous le seul vrai qualificatif qui leur convienne, c'est-à-dire sous le nom de coexistences. Les observations publiées, depuis 1880, par MM. Paul Garnier, Briand, etc., ont été inspirées par la description de M. Magnan.

J'ai dit la part que prenait l'alcoolisme dans la constitution des composés délirants. Il est facile de comprendre, qu'en dehors, ou bien à côté de l'alcool, il y ait place pour toute la série des agents toxiques : absinthe, opium, belladone, éther, chloroforme, chloral, morphine, cocaïne, etc. L'observation que je vous communique aujourd'hui se rapporte à un exemple de ce genre. Nous pouvons en isoler, par trois éléments fondamentaux ; deux intoxications (morphinisme et cocaïnisme) et un état vésanique à base de dégénérescence.

Il s'agit d'un homme de quarante-huit ans, héréditaire dégénéré, atteint, en 1878, d'un premier accès mélancolique avec tendances au suicide. Consécutivement, il s'injecte de la morphine, espérant trouver dans cette médication (déjà employée par lui avec succès contre ses douleurs néphrétiques), le calme d'esprit qui lui manque.

Deux ans après, la morphine peut être suspendue, mais pour être bientôt reprise dans les mêmes conditions à la suite d'un second accès mélancolique. Du reste, la morphine ne donne lieu à aucun incident grave, en dehors de quelques phénomènes pénibles liés à des essais d'abstinence, et d'un besoin de plus en plus impérieux du poison quotidien.

En 1886, le malade commence, en outre, à faire usage de la cocaïne, mais d'une façon intermittente et sans conséquences appréciables, au début. A cette époque, troisième accès mélancolique avec tentative de suicide par la cocaïne (17 grammes en quatre jours). Des accidents mortels de syncope ne furent évités que grâce à des injections répétées de morphine.

Six mois plus tard, les doses de cocaïne sont portées progressivement de 50 centigrammes à 2 grammes par jour. C'est alors que se montrent, pour la première fois, des phénomènes délirants d'origine toxique, caractérisés par des troubles de la sensibilité générale (impressions anormales de la peau) et par des hallucinations de tous les sens. Ces phénomènes rappellent, avec moins d'intensité, de persistance et de variété, ceux du délire alcoolique. Notons qu'il n'existe aucune trace d'alcoolisme concomitant.

J'oublie à dessein les désordres somatiques : analgésies, hyperexcitabilité neuro-musculaire, convulsions, cachexie rapide, qui relèvent aussi manifestement de l'action exclusive de la cocaïne.

Les troubles sensoriels s'accompagnent d'interprétations délirantes (idées ambitieuses, hypocondriaques, de persécution) et, par intervalles, de véritables crises d'agitation maniaque ou de dépression mélancolique. En même temps, surgissent quelques symptômes spéciaux (obsessions et impulsions conscientes) qui nous prouvent que l'élément toxique n'est pas seul en cause, et que, dans ce délire polymorphe, il convient de faire deux parts : l'une qui revient à la cocaïne, l'autre à l'état mental préexistant. Effectivement, le délire hallucinatoire seul a disparu avec la suppression de la cocaïne.

M. LAURENT. — *De l'origine de certaines tendances érotiques dans la paralysie générale.* — Au point de vue de la genèse des tendances érotiques dans la paralysie générale, le fait suivant montre la transformation subite qu'une attaque congestive avec hémiplégie peut déterminer dans la manière d'être d'un individu :

Il s'agit d'un homme, âgé de 42 ans, observé en 1886, pendant 3 mois à l'Hôtel-Dieu de Rouen, et pour lequel un avocat me demanda, deux mois après l'entrée à l'hôpital, un rapport médico-légal.

Successivement soldat pendant sept ans, prisonnier lors de la guerre franco-allemande, marié à son retour, épicier et placé à la fois

à la tête d'une exploitation de messagerie, à la suite de mauvaise réussite dans différentes professions entreprises après avoir cessé les messageries, cet homme eut des accès mélancoliques et des congestions cérébrales, puis, à l'âge de trente-neuf ans (fin septembre 1883) une attaque congestive plus grave avec hémiplégie du côté gauche, et certains symptômes ataxiques.

Jusqu'à cette époque, on avait constaté qu'il était d'une intelligence moyenne, d'un caractère doux et peu expansif, assidu au travail, quoique lent à la besogne. Il n'était pas adonné à la boisson et n'avait aucune tendance prononcée à la lubricité.

L'attaque congestive qui a donné lieu à l'hémiplégie, a produit une modification soudaine relativement aux impulsions de cette dernière catégorie. A partir de ce moment, il n'a cessé d'être assailli d'idées et d'impulsions érotiques. Cette transformation subite a été certifiée par le médecin traitant, par sa femme et les personnes qui le connaissaient auparavant.

En même temps qu'un affaiblissement mental progressif, se sont manifestées, de distance en distance, des congestions cérébrales temporales avec recrudescence périodique des symptômes ataxiques et de nombreux attentats aux mœurs, commis même en public et pour lesquels cet individu a été poursuivi devant le tribunal correctionnel en juillet 1886 d'abord, et ensuite devant la Cour d'appel.

Ces quelques détails font ressortir la différence manifeste dans la manière d'être de cet individu avant et après l'attaque.

Pour donner l'histoire complète de mon malade, j'ajouterai qu'il est mort quinze jours après sa condamnation (noyé dans la Seine, *par sa femme*, avec elle et sa fille âgée de quatorze ans). La mort s'étant produite loin de Rouen, l'autopsie n'a pu être faite.

M. BAUME. — *Des colonies agricoles d'aliénés.* — L'auteur demande que dans un délai de cinq ans, à partir de la promulgation de la nouvelle loi, les départements soient obligés de créer, sous le nom de *colonies agricoles*, des annexes *distinctes*, quoique *dépendantes* et aussi rapprochées que possible des asiles publics, pour y déverser les aliénés ou idiots valides, paisibles et ayant achevé à l'asile leur période de traitement ou d'observation.

M. TAGUET parle dans le même sens, mais croit préférable que les colonies agricoles ne soient qu'une annexe des asiles et qu'elles relèvent de la même direction que ces asiles.

M. CHRISTIAN fait observer que dans tous les asiles on emploie déjà plus ou moins les malades à la culture, qu'il est désirable que ce moyen de traitement reçoive de nouveaux développements, mais que pour cela il est inutile de créer des colonies distinctes des asiles,

ce qui ne laisserait pas que d'être fort dispendieux. Il faut se borner à mettre quelques hectares de terrain à la disposition des asiles. Si, au contraire, on veut créer des colonies, il faut que ce soit aux lieu et place des asiles, comme cela se pratique en Belgique; à ce propos, il serait intéressant de savoir si la colonie de Lierneux, qui est de fondation récente, donne d'aussi bons résultats que celle de Gheel.

M. FÉRÉ. — Bien que datant à peine de cinq ans, la colonie de Lierneux est en pleine prospérité : on y compte actuellement près de 200 malades qui, comme à Gheel, vivent de la vie des habitants chez lesquels ils sont hospitalisés. A la vérité, la mortalité annuelle à Lierneux est un peu élevée, 25 à 30 %; mais on peut trouver son explication, soit dans le retard apporté à l'installation de l'infirmerie, soit à ce que les asiles y ont envoyé les cas les moins favorables.

Jusqu'à présent, les malades envoyés à Lierneux ont été choisis parmi les chroniques. Depuis la fondation de la colonie, une mauvaise maison du village a servi d'infirmerie; c'est là que restent les malades pendant les cinq jours qui précèdent leur placement; l'installation en est peu confortable, mais elle prouve au moins que l'on peut tenter la fondation d'une colonie sans aucuns frais préalables.

Malgré un certain nombre d'imperfections, la colonie de Lierneux peut être considérée comme définitivement établie; il paraît démontré qu'il ne faut pas des siècles pour faire un Gheel.

La nécessité qui s'est imposée d'installer, à Lierneux comme à Gheel, une infirmerie destinée à recevoir les aliénés agités ou malades, établit un rapprochement entre les colonies indépendantes et les colonies annexées à un asile fermé, et montre bien que le système colonial ne peut pas constituer un mode exclusif d'assistance des aliénés. Si ce mode d'assistance a pu être improvisé dans un pays si voisin du nôtre, on a quelques raisons d'espérer qu'il pourrait aussi s'acclimater en France.

M. FALRET rappelle les services rendus par la *Société de patronage pour les aliénés indigents*, dont il est le président, et dit que les gouvernements devraient prendre l'initiative de la création de Sociétés analogues. Elles pourraient rendre les plus grands services aux aliénés qui sortent des asiles et qui y reviennent trop souvent parce qu'ils n'ont pas réussi à se procurer du travail.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Labitte, Vallon, Taguet, etc., le Congrès émet le vœu : 1° qu'il soit créé dans les principaux centres français et étrangers des Sociétés de patronage pour les aliénés guéris; 2° qu'à chaque asile d'aliéné soit annexé une colonie agricole en rapport avec sa population.

M. ROUILLARD. — *De la sortie des aliénés criminels.* — Lorsqu'un aliéné homicide est revenu à la santé, lorsqu'il ne présente plus

aucun trouble psychique, faut-il le remettre en liberté ou, au contraire, le maintenir séquestré malgré sa guérison? En ce qui me concerne, j'estime que quand un aliéné a commis un meurtre, il doit être mis jusqu'à la fin de ses jours dans l'impossibilité de recommencer. Il faut le maintenir séquestré, même quand un examen minutieux et prolongé ne révèle chez lui aucune trace de désordre mental.

Cette manière de faire n'est pas très conforme à la loi; je crois cependant qu'elle s'impose au point de vue de la préservation sociale et je serais heureux de voir le Congrès lui donner son approbation.

M. CHARPENTIER pense aussi que les aliénés homicides guéris ne doivent pas être mis en liberté; toutefois, il estime qu'ils ne doivent pas être retenus par le médecin, mais colloqués d'office par l'autorité dans un établissement spécial.

M. REGNARD rapporte le cas d'un aliéné homicide à propos duquel son intervention a été réclamée; il s'agissait de savoir si cet aliéné devait être mis en liberté. Un médecin disait oui, l'autre disait non; tous deux cependant reconnaissaient qu'il ne présentait plus aucun trouble psychique. Mu par un sentiment de défense sociale, M. Regnard opina pour le maintien de la séquestration. Quelques semaines après cet aliéné qu'on croyait guéri, commettait un nouveau crime. L'événement justifiait donc la mesure prise à son regard.

M. VALLON. — Le malade auquel vient de faire allusion M. Regnard, n'était pas guéri, l'événement l'a prouvé. Ce fait ne prouve donc rien. Mais lorsqu'un aliéné est reconnu guéri, et cela d'une façon indubitable, bien claire, bien évidente pour tous, il ne doit pas être maintenu à l'asile sous le fallacieux prétexte qu'il pourra redevenir malade à un moment donné et commettre un nouveau meurtre. Je n'accepte donc pas la proposition de M. Rouillard et je pense qu'un médecin doit, comme le veut la loi, mettre en liberté tout malade dont il a constaté la guérison.

(Après quelques observations présentées par divers orateurs, la proposition de M. Rouillard n'est pas mise au voix.)

(Sem. méd.)

D^{rs} DENY et BESANÇON.

Congrès international de psychologie physiologique, tenu à Paris du 6 au 10 août 1889.

M. MARILLIER. — *Etude statistique sur les hallucinations.* — Nous avons commencé au mois de mars dernier, une enquête sur la fréquence des hallucinations chez les personnes saines. Nous avons envoyé à un grand nombre de délégués de conditions très différentes : médecins, psychologues, professeurs, etc., deux questionnaires. Par

le premier, nous demandons 25 réponses, par oui ou par non, à la question suivante : Avez-vous éprouvé, après vingt ans, en dehors de la maladie ou de la fièvre, une impression par la vue, l'ouïe ou le toucher, d'objets vivants ou inertes non réels?

Par le second, adressé seulement aux personnes qui ont répondu : oui à la première question, nous faisons préciser les détails les plus circonstanciés sur les caractères de l'hallucination éprouvée.

Cette enquête a pour but de déterminer d'une façon précise la fréquence des hallucinations chez les personnes saines et de nous faire une opinion sur ces hallucinations mystérieuses si bien décrites dans le livre de MM. Sidgwick et Myers auxquelles ces auteurs ont donné le nom d'hallucinations véridiques ou télépathiques.

Elles ont pour caractère de correspondre exactement à un fait réel se passant au même instant à une distance plus ou moins grande du sujet halluciné.

Cette enquête a été commencée depuis longtemps en Angleterre et en Amérique; néanmoins, malgré le nombre déjà grand des réponses obtenues, les chiffres que je pourrais vous donner n'ont pas une grande portée, vu qu'ils ne portent encore que sur un trop petit nombre de cas. Nous espérons qu'à notre prochaine réunion, nous pourrons vous présenter plusieurs milliers d'observations sur lesquelles nous pourrons discuter avec fruit.

M. TIGERSTEDT (de Stockholm). — Le nombre des hallucinations bien décrites par les malades eux-mêmes est extrêmement restreint; il serait utile que le Congrès publiât, non seulement les détails statistiques dont on vient de nous parler, mais aussi le récit de l'hallucination fait par le sujet.

M. PIERRE JANET (du Havre). — Il me semble que le questionnaire proposé présente un défaut capital. Il prétend ne s'adresser qu'aux gens sains, mais qui sera juge de l'état de santé parfaite des individus questionnés? Pour ce qui me concerne, j'ai toujours remarqué des tares profondes chez tous les sujets qui m'ont fait part de leurs hallucinations. Croyez-vous que les gens du monde auxquels vous envoyez vos questionnaires, eussent été à même d'apprécier l'état de la sensibilité et le rétrécissement du champ visuel de ces hallucinés? Votre statistique porte donc sur des éléments disparates suivant les connaissances médicales de vos collecteurs.

Je propose donc : 1° que les questionnaires ne soient envoyés qu'à des médecins ou à des psychologues compétents en la matière, et 2° que l'on soit plus large au point de vue de l'état de santé des sujets, tout en notant en regard de chacun d'eux, l'affection dont ils paraissent atteints. (Adopté.)

M. CH. RICHEL. — *Cécité psychique expérimentale chez un chien.* — Je désire présenter au Congrès un chien sur lequel j'ai pratiqué, il y a cinq mois, une ablation d'une portion, que je ne puis actuellement préciser, des circonvolutions occipitales des deux hémisphères.

Ce chien a éprouvé, à la suite de l'opération, des troubles moteurs et sensitifs que je ne vous décris pas, car ils sont constants dans ce genre d'opération. Ils sont dus aux hémorragies post-opératoires et aux compressions variées qui en résultent.

Ces accidents ont entièrement disparu sauf une légère parésie du membre antérieur droit, et il ne reste plus à cet animal qu'une cécité psychique des plus curieuses, comme vous allez le voir.

Il semble à première vue absolument normal, il ne se heurte nulle part, il évite parfaitement les obstacles, vous voyez qu'il se conduit dans cette salle avec la plus grande sûreté. Mais si on lui présente une proie, un lapin, par exemple, il ne le voit pas. Conduit par son odorat, il saute à droite et à gauche, mais sans aucune précision, et il n'arrive pas à saisir le lapin. Il voit donc les objets en tant qu'obstacles, mais non en tant que proie. C'est une véritable cécité psychique dont je tenais à vous rendre témoins.

Plusieurs membres font remarquer à M. Richet qu'il serait préférable d'opérer avec une proie sans odeur, de manière à ce que la finesse de l'odorat du chien ne vint pas compliquer l'expérience.

M. BINET. — *Du rôle de l'intensité des sensations chez les hystériques.* — Plusieurs auteurs : MM. Richet, Myers, Pierre Janet, ont montré de la façon la plus nette le dédoublement de la personnalité des hystériques en deux groupes : l'un conscient, l'autre inconscient. Tous les phénomènes non perçus par le premier le sont par le second; ce qui prouve que les diverses anesthésies des hystériques ne sont, en réalité, qu'apparentes, aucune sensation n'étant réellement perdue pour elles. Mes expériences m'ont conduit à des conclusions entièrement semblables à celles de ces auteurs. Mais je désirerais porter plus loin cette analyse, et vous montrer que l'intensité des sensations est un des facteurs principaux qui règlent la répartition des phénomènes entre les deux personnalités. Les sensations les plus intenses sont seules perçues par la première, les moins intenses sont recueillies par la seconde.

Je présente à l'œil d'une hystérique un petit carré de papier rouge sur un fond blanc : s'il n'a que 2 millimètres de côté, elle ne le voit pas, s'il a 4 millimètres de côté, elle le distingue parfaitement. La sensation la plus intense est donc seule perçue; la moins intense ne l'est pas : elle est recueillie par l'inconscient.

Ce phénomène est encore plus net dans l'expérience suivante,

dont la priorité revient, du reste, à M. Pierre Janet. Je fais lire à une hystérique les lignes du tableau de Wecker, je lui trouve une acuité visuelle de $1/2$; si je consulte l'inconscient, que je puis faire répondre par l'écriture automatique, je lui trouve une acuité visuelle de $3/4$. Il a donc une acuité visuelle plus grande, il peut lire des caractères que la personnalité consciente ne voit pas.

M. PIERRE JANET. — Je ne puis être entièrement de l'avis de M. Binet. C'est par un véritable choix que les hystériques se réservent telle ou telle sensation. Elles conservent telle sensation plutôt que telle autre, parce qu'elle leur est plus utile.

M. OCHOROWICZ. — *Du rôle de la suggestion dans l'hypnotisme.* — La suggestion ne peut expliquer tous les phénomènes de l'hypnotisme. Chez certains sujets, on guérit par l'hypnose des maladies qu'on n'avait pas en vue. L'hypnotisme chez les enfants, chez les animaux, ne peut être expliqué par la suggestion.

M. BERNHEIM (de Nancy). — Pour moi, toutes les actions physiques dont on parle : aimant, métaux, fluide neurique, me semblent fort discutables; l'action psychique, la suggestion me semble seule certaine et acquise. L'hypnotisme qu'on obtient chez les animaux n'est évidemment pas produit par suggestion, mais aussi il n'est nullement comparable au sommeil que nous provoquons chez l'homme. C'est une véritable stupeur cérébrale, semblable à celle que l'on rencontre quelquefois dans la fièvre typhoïde.

Chez les enfants, l'hypnotisme n'est possible que quand ils sont arrivés à l'âge de raison. M. Liébault a obtenu, il est vrai, l'hypnose chez des enfants en très bas âge, presque à la mamelle, mais, là encore, il devait y avoir une sorte de suggestion vague, comprise par l'enfant, et le fluide n'y était pour rien.

M. G. BALLET (de Paris). — Pourtant, quand l'hypnose est obtenue brusquement par un coup de tamtam, ou par un rayon lumineux subit, il est bien difficile d'admettre, qu'il y ait la suggestion; l'effet obtenu est si rapide qu'il n'y a pas place pour un jugement compliqué entre la cause et le résultat obtenu.

M. BERNHEIM. — Oui, mais dans ce cas les malades ont déjà été endormis une première fois par ce procédé : c'est un rappel immédiat d'un travail suggestif antérieur.

M. PIERRE JANET. — Je citerai à M. Bernheim deux cas dans lesquels j'ai observé la catalepsie survenant à la suite d'un éclair et d'un brusque rayon lumineux, sans que jamais ce genre de procédé ait été employé pour endormir ces malades.

M. BERNHEIM. — Vous avez eu affaire à l'affection connue sous le nom de catalepsie et non à l'hypnotisme.

M. CH. RICHEL. — Tout est donc suggestion ? Mais alors la suggestion existe partout, pour nous comme pour les hypnotisés. Il est vrai que l'action des agents physiques est difficile à établir, mais elle n'en existe pas moins. La suggestion est une très belle découverte scientifique qui nous a rendu les plus grands services, mais on ne doit exagérer de parti-pris son importance.

M. DANILEWSKI (de Karkoff). — *L'hypnotisme chez les animaux.* — J'ai obtenu l'hypnose chez les animaux les plus variés : poules, cobaye, serpent, crocodile, écrevisse, langouste, grenouille.

Pour y arriver, il suffit d'immobiliser l'animal pendant un certain temps par une pression douce, après l'avoir mis dans une position anormale, sur le dos, par exemple. Au bout de peu de temps, on voit survenir une anesthésie complète, la perte des mouvements volontaires et l'absence de réaction à l'occlusion des voies respiratoires.

La grenouille hypnotisée reste immobile, elle ne réagit pas aux excitations les plus douloureuses, elle se laisse chloroformiser sans résistance. Si on lui ferme les narines avec un morceau de papier, elle ne cherche pas à s'en débarrasser d'un coup de patte, comme à l'état de veille. Ce n'est qu'au moment où l'asphyxie commence, qu'une convulsion fait tomber le papier et que la respiration reprend.

Si on hypnotise une grenouille, à laquelle on a préalablement enlevé un des hémisphères cérébraux, tout se passe comme précédemment. Mais si on a enlevé les deux hémisphères cérébraux, on obtient l'hypnose, c'est-à-dire l'état cataleptoïde, la perte du mouvement volontaire, mais sans anesthésie.

Chez la poule, l'anesthésie dure une demi-heure, chez la langouste, vingt minutes, chez les autres animaux (serpent, jeune crocodile), de dix à quinze minutes.

Chez les animaux sur lesquels on a obtenu les mouvements de manège par lésion des canaux semi-circulaires, ces mouvements disparaissent dans l'hypnose.

L'hypnotisme des animaux consiste donc en une sorte de paralysie de la volonté, par une sorte de renoncement à la lutte devant une force supérieure. Il est d'autant plus complet que le cerveau est plus apte à sentir sa défaite, c'est-à-dire plus développé.

La concentration de l'attention joue chez l'homme le rôle de la violence extérieure, douce et continue chez les animaux.

M. GALTON (de Londres). — *De l'hérédité.* — Je propose au Congrès de formuler un questionnaire qui pourrait nous rendre de grands services dans l'étude si importante des influences phy-

siques et psychologiques de l'hérédité. Il devrait être extrêmement simple et porter sur les faits suivants, qui pourraient eux-mêmes donner lieu à des recherches plus complètes.

1° Ressemblance physique et psychique entre les différents membres d'une même famille (physionomie, intelligence, émotions, caractère, expressions);

2° Un choc, une émotion, survenant chez la mère en gestation peuvent-ils déterminer un signe quelconque sur le corps de l'enfant? Le père de Darwin a déjà fait des recherches dans ce sens, et a conclu par la négative. Il serait bon de reprendre ses observations, et de les compléter par de nouvelles, que pourraient nous communiquer les médecins-accoucheurs;

3° Transmission héréditaire des habitudes acquises, au point de vue social, mental et scientifique.

Des expériences pourraient être instituées dans ce but sur les animaux domestiques, sur les insectes.

On se rappelle cette célèbre expérience du brochet et du goujon : Un aquarium est séparé en deux compartiments par une lame de verre. D'un côté on mit un brochet, de l'autre un goujon. Pendant plusieurs mois le brochet se précipita vers le goujon pour le dévorer, mais il se heurtait violemment le museau contre la glace qui les séparait. Au bout de ce temps, il se convainquit que le goujon était imprenable, et il ne fit plus aucun effort pour s'en emparer. On put dès lors enlever la lame de verre, sans que jamais il songeat à s'attaquer au goujon. Ses descendants auraient-ils hérité de cette idée fausse?

On pourrait également demander des renseignements aux directeurs de haras sur les caractères héréditaires qu'ils observent sur les chevaux qu'ils élèvent. Enfin, les éleveurs pourraient être consultés au point de vue de l'origine des variétés nouvelles.

M. HERZEN (de Lausanne). — *Du rôle des centres moteurs chez les jeunes animaux.* — Si on enlève sur un chien nouveau-né les centres corticaux moteurs du gyrus sigmoïde d'un côté, il ne se produit aucun symptôme. Plus l'animal est jeune, plus les symptômes disparaissent rapidement. Si l'on pratique plus tard la même opération du côté opposé, plus l'animal était jeune au moment de la première, moins les symptômes de la seconde sont marqués.

Si l'on fait la première opération sur le chien nouveau-né et la deuxième au bout de deux mois, il ne se produit *aucun symptôme*. Cette expérience prouve que, en cas d'ablation d'un gyrus sigmoïde, ce n'est pas le gyrus sigmoïde du côté opposé qui lui supplée, mais bien un centre secondaire du même côté, qui, en l'absence du centre supérieur, le remplace.

M. DE VARIGNY cite un cas d'*audition colorée*.

M. GRUBER (de Jassy) cite le cas d'un étudiant pour lequel les lettres avaient non seulement une couleur, mais même une saveur spéciale.

M. BENEDIKT (de Vienne) attribue ces cas aux relations nerveuses de différents nerfs sensitifs avec le trijumeau.

(Sem. méd.)

J. JANET.

—
Congrès international de l'Alcoolisme, tenu à Paris du
29 juillet au 1^{er} août.

M. LÉON SAY expose l'état de la question en France des *débits de boissons et de la consommation des alcools*. L'alcoolisme augmente de jour en jour et son influence sur l'état physique et moral des individus oblige à étudier à fond cette question. L'impulsion à ces études a été donnée, en France, par le savant rapport au Sénat de M. Claude (des Vosges). L'orateur insiste sur la situation difficile de l'Etat, qui se trouve placé entre la protection qu'il doit à une industrie nationale et le consommateur qu'il doit protéger contre l'entraînement de sa propre passion. Quels sont les moyens qu'il peut légitimement mettre en vigueur ? L'Etat peut-il surveiller la *qualité* des alcools ? Mais, dit M. Léon Say, les chimistes ne sont pas d'accord sur ce qui constitue l'alcool de bonne nature, et, suivant la production des pays, c'est-à-dire suivant la situation économique, le pas est donné à l'alcool d'industrie sur l'alcool de fruit, et réciproquement. L'alcool est, pour presque tous les pays, une substance impossible, et, par conséquent, l'État a le droit d'en surveiller la *quantité* ; il peut, par là même, facilement surveiller la *qualité*, si celle-ci se peut juger par des principes fixes. Tandis qu'on a à lutter contre les économistes pour ce premier point, c'est contre les politiques qu'on se heurte dans la question de surveillance des *quantités*. Ce serait, en effet, depuis le suffrage universel que, pour M. L. Say, l'on verrait progresser l'alcoolisme ⁽¹⁾, et restreindre le débit de l'alcool, serait vouloir se heurter à un des plus puissants moyens d'élection. En somme, le Congrès a à rechercher la solution de ces deux questions : 1° Quels sont les meilleurs moyens de surveiller la *qualité* des alcools ?

(1) Le suffrage universel date de 1848, c'est-à-dire quarante ans ; or, l'alcoolisme, d'après tous les orateurs du Congrès, date d'une cinquantaine d'années, depuis que les alcools de grains ont abaissé, par l'abondance de la production, le prix de revient, — et cela dans tous les pays ; ce serait donc une relation de coïncidence et non de cause à effet qu'il faudrait relever ici.

B. E.

2° Quels sont les moyens à mettre en action pour limiter les *quantités* de ces alcools ?

M. YVERNÈS donne quelques aperçus de son rapport très documenté sur la *statistique des débits de boissons comparée dans les différents pays ; sur les relations entre l'accroissement de la consommation de l'alcool et le développement de la criminalité et de la folie.*

Il insiste en particulier sur les chiffres fournis par la *Finlande*, où les lois restrictives très dures ont été sévèrement appliquées en 1887, ce qui a amené une réduction considérable de la proportion d'alcool par individu, en Finlande, tandis que :

de 1869-73 on compte	3 lit. 95	par tête
en 1874-78	— 6 lit. 10	—
en 1879-83	— 4 lit. 63	—
en 1884-88	— 3 lit. 53	—
en 1888-89	— 2 lit. 06	—

Chiffres qu'il compare à la Belgique, qui tient le premier rang dans les proportions d'alcool par habitant. En Belgique il y a un cabaret par 43 habitants et la proportion d'alcool a ainsi monté :

1868-1872.		7 lit. 09	par habitant
1873-1877.		8 lit. 09	—
1878-1882.		9 lit. 02	—
1883-1887.		8 lit. 08	—

En France, le débit a augmenté de 15 p. c. en 12 ans, grâce à la loi qui permet d'ouvrir un débit sur la simple déclaration. A Paris, où il y a un débit par 88 habitants, la quantité d'alcool a ainsi progressé :

1873-77.		2 lit. 72	par habitant
1878-82.		3 lit. 53	—
1883-87.		3 lit. 83	—

Les aliénés, les criminels ont augmenté proportionnellement.

M. LÉON SAY insiste sur la grande portée qu'aurait un avis du Congrès concluant à la progression simultanée de l'alcoolisme, de la criminalité et de la folie.

M. YVERNÈS conclut de son travail, que le nombre des débits a une grande influence sur la marche ascendante de l'alcoolisme.

M. CAUDEBLIER affirme que l'alcoolisme influe sur la progression de la criminalité, des suicides et de la folie. En Belgique, la situation est grave; un homme adulte sur 8 est cabaretier; la consommation des boissons alcooliques est considérable, surtout en ce qui concerne la bière; on y boit plus qu'en Allemagne. Chaque habitant consomme en Belgique :

1851	138 litres de bière	5 lit. 87 alcool à 50°	2 lit. vin.
1871	159 —	7 lit. 66 —	3 lit. 55 —
1881	170 —	9 lit. 75 —	3 lit. 75 —

A cette augmentation répond un accroissement pour la criminalité.

	accises	tr. correctionnel	suicidés	allénés
1850. . . .	7,6 p. 100,000	269 p. 100,000	246	4,054
1871. . . .	2,6 —	383 —	367	6,481
1881. . . .	2,4 —	648 —	533	8,250
			en 1885	9,328

Tandis qu'en Norvège, à la diminution des débits correspond une diminution de la criminalité. En somme, pour M. Cauderlier, trois facteurs entraînent la diminution de l'alcoolisme : 1° la diminution de nombre des débits ; 2° l'augmentation de l'impôt sur les boissons ; 3° la crise actuelle de l'industrie.

M. le Dr DRYSDALE, délégué de *Medical Temperance Society de Londres*, dit qu'il y a une méthode pour guérir de l'alcoolisme, c'est de supprimer *tout usage* des liqueurs fermentées. C'est le moyen employé par les Sociétés de tempérance, à l'instar de M. Chevreul, et que, sans prétendre reculer les limites de la vie humaine jusqu'à 102 ans, les Sociétés de tempérance démontrent par les chiffres que leur fournissent les « assurances, » que les « teatotaler » ont une longévité plus grande que les buveurs d'alcools, et que la moyenne de la vie humaine est prolongée d'au moins 6 ans, mais, dit-il, avec un soupir de regret, il n'y a pas beaucoup de Chevreuls à Paris. (Rires et applaudissements.)

M. MILLIET, Directeur de l'administration fédérale des alcools, ne partage pas l'opinion des orateurs précédents sur le rôle du nombre des débits par le nombre des alcooliques. Pour la Suisse, dit-il, l'alcoolisme est plus répandu aux environs de Berne, où il y a 4 cabarets pour 1,000 habitants, qu'à Zurich où il y a 12 auberges pour 1,000 habitants. C'est que l'eau-de-vie est la consolation du solitaire et se boit à la maison, tandis que le vin est une boisson gaie qui se boit en commun et rend sociable, et que la bière procure la béatitude en masse. — Pour lui, la limitation du nombre des débits créerait un *privilège* pour les débitants autorisés, et ferait de ceux-ci des véritables fonctionnaires publics. Il vaudrait mieux pour lui créer un *monopole* d'Etat en relevant la moralité de l'aubergiste !

M. le Dr VAUCLEROY, professeur d'hygiène, à Bruxelles, émet les moyens suivants qu'il juge à mesure : 1° l'*élévation de la patente* ; celle-ci est tellement minime en Belgique que, même augmentée, elle ne donnera qu'un mince résultat ; 2° la *licence* et la limitation consécutive des autorisations, ce qui sera d'une application très difficile : si la licence est accordée par la municipalité, la politique aura une influence considérable dans les autorisations ; si elle est donnée par les juges ou par des commissaires, il y aura des accusations constantes de favoritisme, etc ; 3° le *monopole*, l'idée de l'Etat

producteur d'alcools et marchand de ses produits nuisibles lui sourit peu; 4° *l'adjudication* des charges d'aubergistes lui semblerait meilleure.

M. HARTMANN affirme que les chiffres ne sont pas toujours aussi significatifs que l'indiqueraient les premiers tableaux statistiques donnés; qu'en France, la disparition de 5000 cabarets a succédé, au contraire de ce qu'a vu la Hollande, l'augmentation de l'alcoolisme, de 1878 à 1881; que tandis que dans certains départements, le nombre des débits augmentait, l'alcoolisme croissait dans d'autres, le phénomène inverse se produisait; que le remède serait donc, non la limitation des débits, mais dans la création de lieux de réunion où l'on servirait autre chose que des boissons alcooliques.

M. le D^r PETITHAN (de Belgique) fait un court discours plein de verve et très applaudi où il indique l'état désastreux, en Belgique, du travailleur d'usine qui voit un cabaret toujours à la porte de l'atelier, cabaret qui dévore les 2/3 de son pécule et qui reçoit directement la solde des comptables de l'usine, tandis que la famille manque de tout. Ce sont les *petits cabarets* qui vendent de *mauvais alcool*, qui sont les sentines du vice et encouragent la *prostitution clandestine*, qui entretiennent l'alcoolisme et la démoralisation; ce sont eux qu'il faut frapper et faire disparaître.

M. le D^r ISCOVESCO, délégué roumain, vient dire qu'en Moldavie, en 1878, il y avait 3 ou 4 cabarets pour 200 habitants; l'Etat par une loi restrictive fit fermer tous les établissements tenus par des étrangers, et l'alcoolisme, loin d'être enrayé, continua à s'accroître quoique cette loi eût réduit le nombre des débits de 1/3.

M. CAUDERLIER lui répond que cette abstinence absolue n'est pas faite pour convertir personne dans les producteurs de vignobles, comme la France; que du reste l'alcoolisme est d'existence récente, tandis que le vin a existé pendant des siècles sans produire cette sorte de folie de l'alcoolisme; que c'est l'entrée dans la lice des alcools de mauvaise nature au moyen desquels on frelate les vins qui cause l'intoxication. Qu'en Angleterre, en particulier, on alcoolise le vin qu'on y importe et qui ne serait pas assez fort pour les palais anglais; qu'enfin le vin naturel est une boisson saine et sans danger.

M. le D^r DRYSDALE invoque le témoignage du D^r Lancereaux, qui a dit que toutes les maladies actuelles étaient dues au vin.

M. le D^r MOTET répond qu'il faut en effet poursuivre les industriels qui *fraudent* les vins et les rendent nuisibles.

Pour M. le pasteur NEIFF, diminuer le nombre des cabarets, c'est réduire les occasions, les tentations d'alcoolisme; un ivrogne lui disait: Je résiste souvent au premier cabaret que je rencontre,

jamais au deuxième. Mais ce qui importe, surtout, c'est de moraliser *la clientèle* de ces cabarets par deux moyens : par des lois sociales et surtout par l'action individuelle. En Suisse, on relève les buveurs en les faisant *renoncer* aux boissons alcooliques, comme dans les sociétés de tempérance anglaises, tandis que les individus sains sont autorisés à faire un usage modéré du vin.

La note gaie est fournie par un orateur qui vient raconter ses expériences personnelles. Ancien alcoolique invétéré, après des revers, trois fois il a eu recours au suicide dans des accès d'hallucination, trois fois il a manqué, et, interné dans un asile d'alcooliques, en Suisse, il est guéri et préside maintenant une ligue de tempérance; il affirme que tout buveur peut guérir.

Le PRÉSIDENT met aux voix les vœux suivants : 1° Le Congrès, après discussion, admet que la progression de l'alcoolisme marche de pair avec la progression de la criminalité, de la folie et des suicides; 2° Il pense que la diminution du nombre des débits de boissons est *un des moyens* de réduction de l'alcoolisme et invite les gouvernements à prendre des mesures pour réaliser cette réduction. M. le D^r LANCEREAUX déclare que c'est là un vœu platonique dont les gouvernements démocratiques ne sauraient tenir compte.

Responsabilité des alcooliques.

M. le D^r MOTET analyse un rapport sur les considérations médico-légales sur les délits et les crimes commis sous l'influence de l'alcoolisme. Il n'y a pas, en France, de jurisprudence qui fixe la part faite à l'alcoolisme dans les crimes et délits commis sous cette influence. Seuls, les engagements pris en état d'ivresse sont considérés comme nuls. M. Motet classe les cas sous deux chefs : 1° *L'ivresse simple*, comprenant les individus en état d'ivresse accidentelle, ou provoquée, ou préméditée; et les individus, buveurs d'habitude, sans aller jusqu'à l'ivresse dangereuse d'ordinaire, qui accidentellement parviennent à ce degré; 2° *L'ivresse pathologique*, c'est-à-dire chez des individus débiles ou impressionnables et nerveux, chez qui la quantité d'alcool, bien supportée par la plupart des sujets, provoquera un trouble mental aigu, une ivresse agressive, un accès de fureur alcoolique.

L'ivresse est punissable, ainsi que les délits et crimes qu'elle entraîne, si elle est simple et que le délinquant pouvait l'éviter; si elle a été recherchée comme excitant au délit ou au crime; ou, mais avec atténuation, chez les prédisposés, c'est-à-dire quand elle est pathologique; elle ne saurait être excusée chez ceux-ci lorsqu'ils connaissent leur susceptibilité.

Les crimes et délits commis pendant le délire alcoolique aigu ou

chronique ne sont pas punissables; non plus que ceux commis par des affaiblis cérébralement par l'intoxication alcoolique chronique; ces derniers sujets sont des malades.

M. DUVERGER, professeur à la Faculté de Droit de Paris, traite cette question au point de vue de la jurisprudence.

La loi anglaise du 3 juillet 1879 qualifie l'*habitual drunkard*, d'individu *dangereux à certains moments pour lui-même et pour autrui*; elle l'autorise à demander son internement dans une maison spéciale, dont il ne pourra sortir, à moins d'exception, avant le temps fixé sur la demande.

En Amérique, de même, le dipsomane peut être interné et ne pourra être renvoyé avant qu'il ne soit plus un danger pour l'intérêt public et pour le sien. Dans la législation française, la lacune est complète. Le fou alcoolique peut être interné d'office. Le commissaire de police peut, quand l'alcoolique fait du scandale sur la voie publique, requérir son internement, mais, la loi dit formellement que dès que le malade sera porté par le médecin comme guéri, il ne pourra être retenu. Cette déclaration laisse sans protection l'alcoolique, sa famille, la société.

Le ministère public est désarmé, l'*interdiction et l'internement* ne pouvant être prononcé qu'à la réquisition de la famille de l'alcoolique, ou en cas de fureur alcoolique. Il faudrait que le ministère public put requérir la demi-interdiction et l'internement de tout alcoolique délinquant.

M. FOURNIER DE FLAIX donne des faits de son expérience personnelle, montrant l'excellence de l'interdiction et de l'internement dans une maison spéciale où un traitement approprié sera appliqué.

M. PETITHAN. — L'alcoolique doit pouvoir être interdit et interné, sans l'immixtion de sa famille, par le ministère public; actuellement il ne peut être interné avant d'avoir accompli un drame, mais c'est l'internement préventif qui est utile, car la société ne peut avoir que des êtres responsables. Cet internement doit avoir lieu dans des maisons spéciales. La *demi-interdiction* est trop douce, elle autorise la disposition de sa fortune, de son salaire; c'est là un danger pour cet irresponsable.

M. CAUDERLIER objecte que les alcooliques sont nombreux et que leur internement coûterait fort cher. En Suisse, en Amérique, où existent ces asiles, ils ne sont faits que pour la classe payante.

M. FOURNIER DE FLAIX. — Il est évident que la loi ne pourrait comprendre tous les alcooliques et ne s'adresserait qu'à ceux du 2^e groupe du D^r Motet; le plus grave argument à lui opposer c'est l'atteinte à la liberté individuelle.

M. D^r DRYSDALE rapporte qu'en Angleterre, où ces établissements

fonctionnent, ils n'ont donné que de minces résultats, parce que, dans cette crainte d'attenter à la liberté individuelle, il faut, que les alcooliques viennent s'interner de leur propre gré, et ils y consentent difficilement; il faudrait modifier la loi anglaise en ajoutant qu'ils pourront être internés sur la demande de leur famille, après enquête, comme en Amérique, sur la réquisition de la loi. Il suffit d'enfermer le criminel alcoolique, de le soigner, dans un hôpital spécial aux alcooliques.

M. PETITHAN n'est pas d'avis de faire des hospices d'alcooliques un lieu de délices où ceux-ci demanderaient à entrer, ce qui causerait, en effet, un encombrement et une dépense; au contraire, la privation d'alcools, les travaux assez pénibles, un traitement rigoureux, indiqueront que ce n'est pas par faveur qu'on les admettra dans ces établissements; à M. Cauderlier, il répond que tous les alcooliques qui peuvent payer supporteront les frais de leur internement; que, pour les autres, c'est aux communes qui, par leur relâchement, ne surveillent pas l'application des lois de l'alcoolisme, qu'incombent les frais de sustenter leurs alcooliques internés.

M. le D^r BOUCHEREAU préconise l'établissement en province de ces hospices pour les délits des alcooliques, ce qui diminuerait singulièrement la dépense.

Les vœux sur la responsabilité des aliénés rédigés par MM. Motet, Duverger et Petithan sont d'abord soumis au vote du Congrès.

1^{er} vœu. — La présence dans la société d'individus en état d'ivresse simple, d'ivresse pathologique ou d'alcoolisme chronique, étant un danger pour l'individu, pour sa famille, pour la société, le Congrès émet le vœu que des mesures judiciaires soient prises pour autoriser l'internement d'office de ces individus dans des établissements spéciaux où ils seront soignés; leur sortie sera ajournée tant qu'ils seront suspects de rechute, et ne pourra être prononcée que d'après l'avis du médecin traitant; le traitement sera un traitement *répressif* et le malade sera soumis au travail obligatoire. — Enfin une statistique judiciaire et administrative sera publiée indiquant les résultats obtenus par ce mode de traitement.

2^e vœu. — Comme il a été décidé par le Congrès de Bruxelles en 1881, l'alcoolique chronique, qui a perdu en tout ou en partie son libre arbitre, peut être, de par la réquisition du ministère public, interdit en tout ou en partie et placé dans un établissement spécial.

Ces deux vœux sont adoptés à l'unanimité.

Des boissons saines à donner aux classes populaires. — M. Gonse, conseiller à la Cour de cassation, propose que les Sociétés de tempérance aient, auprès des chantiers, des buffets ou cantines où les

boissons fermentées, mais jamais les boissons alcooliques, seraient parfaitement saines et non frelatées, à un prix très minime.

M. le Dr DUJARDIN-BEAUMETZ fait, avec verve, un court résumé de la question scientifique de la nature des alcools. Depuis le Congrès de 1878, la science a marché; on a reconnu que, dans les *alcools de vin*, il pouvait y avoir des alcools très toxiques, et, au contraire, que les *alcools industriels* pouvaient acquérir un haut degré de pureté. De tous les alcools — ils sont tous toxiques, tout dépend de la dose — l'*alcool éthylique* l'est le moins; les alcools butylique, propylique, amylique, et autres de la même série, sont tous toxiques; de plus, dans les résidus sont des principes, le furfural et la pyridine, dont des doses très minimes produisent les plus graves accidents. La science, qui possède des moyens assez faciles de reconnaître la pureté des alcools, doit fournir au Congrès les moyens de se prononcer en connaissance de cause sur les alcools à rejeter d'une manière absolue.

En somme, l'alcool est toxique; il n'est jamais utile — comme aliment — sous forme d'*alcool*; donc, il faut mettre sur les alcools des taxes extrêmement élevées. De plus, il faut établir dans tous les centres industriels des laboratoires d'analyse gratuite, pour sauvegarder la population contre les fraudes qui équivalent ici à des empoisonnements. Mais il faut en même temps dégrever les cidres, les bières, les vins naturels, le thé, le café.

M. DE VAUCLEROY reprend les communications de M. Dujardin-Beaumetz et insiste sur les produits de distillation dits de tête et de queue, qui contiennent les principes nuisibles.

M. FOURNIER DE FLAIX dit que vignobles et distilleries sont une industrie nationale et que les vœux du Congrès mineraient la France et le budget.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ s'indigne contre ces économies budgétaires quand il est question de la vie humaine. — La vie humaine est ce qu'il y a de plus cher. — Un homme de 30 ans est un capital que le pays n'a pas le droit de perdre pour économiser quelques parcelles de son budget. — Si la fièvre typhoïde qui tue actuellement 20,000 jeunes militaires par an est enrayée par des canalisations de plusieurs milliards, qui oserait soutenir que ce n'est pas une économie pour le pays! Eh bien, l'alcoolisme détruit la vie de l'individu, détruit sa famille, peuple les asiles d'aliénés, les prisons, sans compter le rôle de l'hérédité, et l'on parle d'économies! Dégrever les vins, grever les alcools, voilà un moyen.

M. DECROIX insiste dans le même sens. Les budgets sont respectables, mais la vie humaine et la moralité humaine, les accidents, les jours de maladie, par leur addition ne font-ils pas aussi un beau

chiffre d'argent — si l'on peut ramener la question à ces conditions de budget.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ répond à un argumentateur qui a invoqué, en faveur de l'alcool, son emploi en thérapeutique, qu'il faut bien se garder de confondre les médicaments et les aliments. La médecine emploie beaucoup de poisons; c'est une question de doses; il en est de même de l'alcool.

M. WALLENSTEIN (de Suède) dit que pour les gens du Nord le vin est une boisson de gens riches, l'alcool seul est accessible aux petites bourses. C'est donc l'alcool qu'il faut surtout frapper d'impôts, puisqu'il est accessible pour ceux que leur éducation et leur force morale protège moins.

M. le Dr DRYSDALE voudrait, qu'à l'exemple de l'Angleterre, on fit des cafés de tempérance un objet de spéculation. La *Société Aerated Bread Company*, qui a des cafés de tempérance à chaque pas dans Londres, et où l'on ne distribue ni liqueurs fermentées, ni boissons alcooliques est une merveilleuse entreprise pécunière. Les actions, émises à 25 fr., sont actuellement à 130 fr. Il voudrait que dès demain, une Société analogue fût fondée en France. Cette mesure trop pratique n'est pas du goût du Congrès. Successivement la tribune est occupée par, M. Millier, de Genève, qui ne veut pas que l'on proscrive les alcools, il suffit de les monopoliser. L'institution du monopole en Suisse a produit les chiffres suivants :

En 1886, avant le monopole, la consommation totale d'alcool était de 170,000 hectolitres, se décomposant en 20,000 hectolitres d'alcool de fruit et 150,000 hect. d'alcool industriel. Après le monopole, en 1887, la consommation totale s'est abaissée à 52,000 hectolitres d'alcool industriel, tandis que l'alcool de vin montait un peu.

Mais, dit-il, les impuretés sont réclamées par les buveurs, qui trouvent l'alcool éthylique fade et y ajoutent de l'alcool amylique que leur vend, dans des flacons spéciaux, le cabaretier!

M. DE COLLEVILLE lit ensuite une lettre du Dr Richardson, président de Société médicale et chirurgicale des Abstinents d'Angleterre, comprenant 1,500 médecins et un grand nombre d'étudiants, qui ont pris l'engagement de ne jamais boire ni spiritueux, ni boissons fermentées; qui assimilent l'alcool à une *drogue* à juxtaposer au chloroforme ou à l'éther.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ présente les cinq vœux suivants au sujet des boissons saines à recommander :

Le Congrès, reconnaissant que tous les alcools, en dehors de l'alcool éthylique, sont des toxiques, que *l'alcool éthylique* lui-même peut-être un toxique pris à une dose plus élevée, demande que :

1. Les alcools impurs soient absolument interdits comme boissons par les gouvernements.

2. Que les alcools purs soient frappés de droits très élevés qui en restreignent l'usage.

3. Que les boissons saines, comprenant les boissons fermentées, vins, cidres, poirés, bières naturelles, soient dégrevés, ainsi que le thé et le café.

4. Que des laboratoires d'analyses soient créés dans les centres industriels et fassent les analyses gratuitement.

5. Que les Sociétés de tempérance encouragent les classes ouvrières à boire des liquides sains et non frelatés, et protègent les cantines qui consentiraient à ne délivrer que des boissons naturelles et non alcooliques.

M. Roux cherche à démontrer que les industriels fournissent toujours, parce que c'est leur intérêt, des alcools parfaitement purs, que les alcools allemands sont très purs, que l'Allemagne, que l'Espagne, qui avaient voté la rectification absolue des alcools, ont dû y renoncer par l'insuffisance des méthodes qu'enfin, les résultats annoncés pour la Norvège étaient faux, puisque si les norvégiens ne se grisent plus dans leurs ports depuis qu'on y a fermé les cabarets, ils vont se griser dans les cabarets flottants belges de la mer du Nord; qu'enfin, la force industrielle d'un pays est en rapport avec sa consommation d'alcool.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ répond qu'il ne veut pas prouver que les bouquets naturels des vins et des eaux-de-vie sont des principes impurs.

1° Qu'en ce qui concerne la parfaite innocuité des produits allemands, on sait que les bouquets de vins et de liqueurs, texte ordinaire, fournis par les allemands, et que l'on met dans des alcools inférieurs, sont des produits très toxiques (Magnan et Laborde) et que l'analyse chimique les décèle facilement;

2° Que la force du pays n'est pas due à l'alcool, mais qu'il est vrai que, partout où il y a centre industriel, il vient s'établir un cabaret. Il faut donc renverser les termes.

M. DE VAUCLEROY et M. CAUDERLIER nient absolument que les Norvégiens viennent s'enivrer dans les cabarets marins. Ils sont si bien stylés contre l'alcool, qu'ils ont une vive défiance de ce produit. — Qu'enfin ils retiennent dans les paroles de M. Roux ce fait qu'il y a bien de l'alcool très pur, très fin, de fabriqué, mais que c'est à l'usage de la parfumerie et non des débits de boissons.

Le Congrès se dissout après avoir émis le vœu que les gouvernements répandent sur une large échelle les procédés qui permettent de reconnaître les falsifications des alcools.

(*Progrès médical.*)

D^r EDWARDS.

Congrès international de l'hypnotisme expérimental et thérapeutique, tenu à Paris du 8 au 12 août 1889.

M. LADAME. — *De la nécessité d'interdire les séances publiques d'hypnotisme. — Intervention des pouvoirs publics dans la réglementation de l'hypnotisme* (Rapport). — Quelques personnes, entre autres M. Delbœuf, de Liège, soutiennent que l'hypnotisme et ses pratiques doivent être laissés aux mains de tous, au nom de la liberté. D'autres soutiennent qu'à cause de ses dangers il doit être assimilé aux autres agents thérapeutiques et réservé aux seuls médecins. C'est cette dernière proposition que le rapporteur entend soutenir. Non seulement l'hypnotisme rentre dans le domaine de la science médicale, mais l'enseignement officiel de ses applications est du ressort de la psychiatrie et doit rentrer dans les programmes des Facultés de médecine. Le rapport de M. Ladame est divisé en trois paragraphes dont chacun a pour corollaire un vœu à voter par le Congrès.

1^{er} vœu. — Les séances publiques d'hypnotisme et de magnétisme doivent être interdites par les autorités administratives, au nom de l'hygiène publique et de la police sanitaire. Sans remonter jusqu'aux épidémies psychiques du moyen-âge, l'auteur rappelle les nombreux cas d'hystéries, de névroses, développés à la suite des séances publiques des magnétiseurs. Il en a eu à soigner à la suite des passages de Donato, d'Onofroff, etc., à Genève. Un accident plus fréquent encore est celui-ci : Quelques personnes ayant assisté aux séances essayent de magnétiser leurs amis et ne peuvent les réveiller. On a eu des épidémies de collège de ce genre, entre autres en 1880, à Neuchâtel à la suite des séances de Donato. — M. Bourdon (de Méru) approuve cette partie du rapport; il a également vu, à la suite de séances d'hypnotisme, des jeunes gens endormir des sujets qu'ils ne pouvaient plus réveiller.

2^e vœu. — La pratique de l'hypnotisme comme moyen curatif doit être soumise aux lois et aux règlements qui régissent l'exercice de la médecine. Cette proposition tombe sous le sens : si l'hypnotisme peut être dangereux dans des mains ignorantes, il convient de ne le laisser exercer qu'à ceux de qui la loi exige des garanties sérieuses de savoir ou de moralité. La difficulté sera d'atteindre les hypnotiseurs sans diplôme. C'est la même que pour les rebouteurs. Les instituteurs ne peuvent employer seuls l'hypnotisme, sans surveillance du médecin, pas plus qu'ils ne peuvent distribuer de l'opium ou du chloral.

3^e vœu. — L'enseignement de l'hypnotisme et de ses applications médicales doit être introduit officiellement dans les programmes des

cliniques de psychiatrie, et l'on devra exiger à l'avenir, des candidats en médecine les connaissances nécessaires à la pratique de l'hypnotisme comme agent thérapeutique.

Sur ce point une vive discussion s'engage. MM. Gilbert Ballet, Paul Magnin, sont d'avis que cet enseignement existe dans la pratique en France; que d'autre part, on ne peut tracer de programme fixe à un professeur. D'ailleurs, l'hypnotisme ne relève pas seulement de la psychiatrie, on pourrait tout aussi justement l'attribuer à la médecine légale. (M. Forel), ou à la physiologie (M. Masoin), M. Bernheim est d'avis qu'il faut laisser la plus grande latitude aux programmes des professeurs, tant pis pour ceux qui se refuseront à étudier ou enseigner l'hypnotisme. M. Gilbert Ballet est d'avis de rejeter l'article en entier. Le Congrès, pour fixer l'état de la question adopte le troisième vœu ainsi modifié : « Il est désirable que l'étude de l'hypnotisme et de ses applications thérapeutiques soit introduite dans l'enseignement des sciences médicales, et qu'à l'avenir on puisse demander aux candidats en médecine les connaissances nécessaires à la pratique de l'hypnotisme comme agent thérapeutique. »

M. BERNHEIM (de Nancy). — *Valeur relative des divers procédés destinés à provoquer l'hypnose et à augmenter la suggestibilité au point de vue thérapeutique* (Rapport). — L'auteur énumère rapidement les différents procédés, la fixation de Braid, le serrement des pouces de Ch. Richet, l'ordre impératif de l'abbé Faria, l'action des impressions visuelles et auditives, des joues hystérigènes, etc. Il conclut que tout peut réussir pourvu que le sujet soit prévenu qu'il va dormir. Le seul élément commun à tous les procédés, c'est la suggestion, c'est sa propre foi qui endort le malade. Quant à l'exemple de Braid, on l'endort par la fixation, la fatigue amène l'occlusion des paupières, qui, elle-même, provoque l'idée du sommeil. Impressionner le sujet et faire pénétrer l'idée de dormir dans son cerveau, c'est le problème. Chez certains sujets la parole suffit d'emblée. Ces éminemment suggestionnables sont exposés, dans la vie, aux plus graves accidents; c'est à l'éducation qu'il appartient de faire tourner cette faculté à leur profit, en leur inspirant, dès l'enfance, une résistance invincible à la suggestion. Les sujets moins suggestifs réclament certaines précautions. Il est bon de les mettre en présence d'hypnotisés, de leur montrer les bons effets de ces pratiques, d'attendre qu'ils demandent eux-mêmes à être hypnotisés, de leur inspirer confiance dans l'opérateur. M. Bernheim fait asseoir le sujet et lui dit : Dormez ! Ses yeux se ferment spontanément, ou on les ferme en disant : Laissez-vous aller, le sommeil

vient. On peut observer quelques résistances, mais elle sont courtes. Il ne faut que calme, assurance et simplicité. Ne pas oublier que le dormeur entend en partie. Si le magnétiseur fait des efforts, paraît inquiet, il se suggère immédiatement qu'il ne peut être endormi, et, plus l'opérateur se démène, moins le sommeil vient. Même difficulté est à éviter pour le réveil. Si l'on s'impatiente du temps que le sujet met à se réveiller, il peut se suggérer qu'il n'est plus réveillable, et alors rien n'y fait, jusqu'à ce qu'arrive un nouvel opérateur dans lequel le sujet ait confiance, et qui lui commande simplement le réveil. Il faut donc se garder beaucoup de ces contre-suggestions; d'ailleurs l'opérateur arrive vite, par habitude, à varier ses procédés et à les adapter à l'état psychique de chacun. Tout n'est donc que suggestion dans l'hypnose; en dehors de cet état, on le retrouve agissant sous le couvert d'autres agents, de la métallothérapie, de l'hydrothérapie, de la suspension des tabétiques. Pour ce dernier point, M. Bernheim a suspendu des malades horizontalement, comme en hamac, de façon à éviter toute congestion ou élongation de la moelle. L'amélioration a été pourtant rapide.

M. GILLES DE LA TOURETTE dit qu'il ne trouve pas dans ce rapport de critérium somatique de l'état hypnotique; M. Bernheim n'a d'autre preuve du sommeil que l'affirmation de ses sujets et leur état d'anesthésie; d'autre part, il croit à l'influence de la pendaison par elle-même sur les tabétiques.

M. GUERMONPREZ est de cet avis que dans les fractures, le massage péri-articulaire agit autrement que par suggestion. Il en est de même de bon nombre de cas où l'électricité rend des services. Quant une hystérique, surprise par un bruit, s'endort en ouvrant un tiroir où elle va voler, où est la suggestion? Son intention n'est pourtant pas de se faire prendre en flagrant délit.

M. BERNHEIM n'a pas dit que les agents thérapeutiques énumérés par lui, fussent sans action par eux-mêmes, mais qu'ils comportaient tous une part plus ou moins grande de suggestion, par laquelle on peut s'expliquer l'inégalité et l'incertitude de leurs effets sur les différents sujets. A une objection de M. Pierre Janet, il répond que pour lui le substratum physiologique de la suggestion est celui-ci : Toute cellule cérébrale actionnée par une idée, tend à réaliser cette idée : l'idée doit se faire acte. Or, cette transformation se fait plus facilement quand l'autorisation centrale est favorisée par l'engourdissement des facultés osseuses et en particulier de l'attention.

M. FONTAN (de Toulon) fait une communication sur les effets de la suggestion hypnotique dans les affections cum materiâ du système nerveux. — Il a traité les maladies nerveuses avec lésion, apoplexie

cérébrale par exemple, paraplégie ancienne. Le rôle de la suggestion dans ces cas est fort net. Il n'y a jamais guérison, naturellement, mais on constate toujours une amélioration portant surtout sur les symptômes moteurs. C'est ainsi qu'une hémiplegie curable, qui rétrocéderait en quelques semaines, est considérablement abrégée par deux ou trois séances de suggestion. M. Fontan explique ce résultat par l'influence de la volonté rajeunie, sur les membres pris. Les simulateurs finissent parfois, on le sait, par perdre réellement l'usage du membre qu'ils disaient paralysé. Il s'agirait là d'un effet contraire, qui serait obtenu soit par la création de voies de suppléance au courant moteur soit par la réaction contre des habitudes prises. La suggestion a échoué dans les paralysies saturnines. Elle est sans effet, en général, dans les paralysies périphériques centrales avec contractures. Un cas de sclérose en plaques, confirmé par l'autopsie, a montré une amélioration considérable des symptômes moteurs.

M. FOREL (de Zurich). — *Sur les hallucinations négatives chez les aliénés et les hypnotisés.* — Toute hallucination positive se complique d'hallucination négative. Un aliéné voit un autel au fond de son dortoir. A ce moment il cesse de voir les lits ou les objets qui lui masqueraient l'autel. Or, chez l'hypnotisé, le phénomène se produit comme chez l'aliéné, quand on lui suggère la disparition d'un individu situé en face de lui; il a une hallucination positive complémentaire de la négative, il voit une chaise, un nuage, etc. Chez l'aliéné comme chez l'hypnotisé, il y a toujours combinaison des phénomènes positifs et négatifs.

M. GASPARD (de Paris). — *Influence de la suggestion sur certains troubles de la menstruation.* — La suggestion agit d'une manière très nette sur le système vaso-moteur en général et sur les vaso-moteurs ovariens en particulier, et cela même à l'état de veille. Il suffit de rappeler l'amenorrhée des personnes nerveuses et les règles apparaissant subitement à la suite d'une émotion. Mettant à profit ces données, il a pu dans deux cas, arrêter par la suggestion, des hémorragies utérines d'une certaine gravité. Il existe d'autre part, des observations de MM. Voisin et Liébault, qui ont guéri par la suggestion certaines amenorrhées d'origine psychiques, telles que celle qu'amène parfois la peur d'être enceinte.

M. LAURENT (de Paris). — *Action suggestive des milieux pénitentiaires sur les hystériques.* — Ancien interne à l'infirmerie centrale des prisons de la Seine, l'auteur a pu étudier des hystériques et constater que, dans ce milieu, leur nature protéiforme, poussée à la

simulation et à l'exagération peut les entraîner à une série d'actes délictueux dont ils ne sont qu'à demi responsables. A peine entrés dans la prison, ils dépassent en fanfaronnades et en vices les chevaux de retour les plus endurcis; ils deviennent très vite complices des autres criminels; d'autre part, ceux-ci se servent du manque de résistance des hystériques en les excitant contre les gardiens et les faisant servir à leurs propres vengeances. Ces faits sont bien connus, les observations en abondent, mais personne n'en tire la conclusion pratique, qui est l'isolement des détenus hystériques, dont le déséquilibre ne peut que s'accroître dans le milieu pénitentiaire.

Le Congrès, d'accord avec M. Laurent, demande que cette proposition soit mise aux voix et adoptée sous forme de vœu.

M. BRIAND. — *Nouvelles applications thérapeutiques de la suggestion.* — Une observation d'hystérie hémiplegique avec saturnisme chez une femme; guérison extrêmement rapide par la suggestion faite soit avant le sommeil, soit à l'état de veille. Une seconde, hystérique de 5 ans, paraplégie flasque, impossibilité de provoquer l'hypnose; guérison par la suggestion d'une attaque.

M. Briand termine en établissant que l'aliéné est en général beaucoup moins facile à endormir que l'hystérique.

M. BÉRILLON (de Paris), rapporteur. — *Application de la suggestion à la pédiatrie et à l'éducation mentale des enfants vicieux et dégénérés.* — La suggestion est facile chez les enfants, grâce à leur aptitude plus grande à transformer l'idée en acte. Il est nécessaire, pendant l'hypnose, de formuler d'une façon précise des actes très simples : il faut s'abstenir de toute manifestation extérieure étrangère à la suggestion voulue.

Ses observations personnelles, conformes à celles qui ont été recueillies par MM. Bernheim, Liébeault, Auguste Voisin, van Renterghem, Van Eeden, Ladame, De Jong, Westerstrand, Moll, Herrero, l'autorisent à formuler les conclusions suivantes :

1° La suggestion employée rationnellement par des médecins expérimentés et compétents constitue un agent thérapeutique fréquemment susceptible d'être appliqué avec avantage en pédiatrie;

2° Les affections dans lesquelles les indications de la suggestion ont été établies chez les enfants par des faits rigoureusement observés sont : l'incontinence nocturne d'urine, l'incontinence nocturne et diurne des matières fécales, les tics nerveux, les terreurs nocturnes, la chorée rythmique, l'onanisme irrésistible, le blépharospasme, les attaques convulsives d'hystérie, les troubles purement fonctionnels du système nerveux;

3° La suggestion n'a pas, jusqu'à ce jour, donné de résultats appréciables dans le traitement de l'idiotie ou du crétinisme;

4° La suggestion, envisagée au point de vue pédagogique, constitue un excellent auxiliaire dans l'éducation des enfants vicieux ou dégénérés;

5° L'emploi de la suggestion doit être réservé pour les cas où les pédagogues avouent leur complète impuissance. Elle est surtout indiquée pour réagir contre les instincts vicieux, les habitudes de mensonge, de cruauté, de vol, de paresse invétérée;

6° Le médecin sera seul juge de l'opportunité de l'application de la suggestion contre ces manifestations mentales, qui sont souvent sous la dépendance d'un véritable état pathologique, et, en aucun cas, nous ne conseillons l'usage de la suggestion en pédagogie lorsque l'enfant sera susceptible d'être amendé par les procédés habituels de l'éducation.

M. BERNHEIM. — *Sur les faux témoignages suggérés à l'état de sommeil.* — Dans une salle de douze malades endormis tous, naturellement ou par l'hypnose, on réveille un sujet; on lui suggère une hallucination rétroactive d'un fait qui se serait passé la veille, par exemple dans la même salle : rixe ou querelle. Le malade accepte la suggestion, et est au besoin prêt à jurer que le fait s'est réellement passé sous ses yeux. Mais voici le plus curieux, si l'on réveille alors l'un des sujets qui ont assisté endormis à la scène, et qu'on l'interroge sur le même fait supposé, il se le rappelle et le certifie aussi. Il en est de même de tous les autres, même de ceux qui dormaient d'un sommeil naturel, car ils ont entendu sans se réveiller la discussion.

M. Bernheim conclut qu'il ne faut jamais parler devant un homme endormi, et que ces expériences montrent l'effrayante faillibilité du témoignage humain.

M. LIÉGEOIS (de Nancy). — *Rapports de la suggestion et du somnambulisme avec la jurisprudence et la médecine légale* (Rapport). — La première et la plus importante des questions médico-légales que soulève l'hypnotisme, comprend les suggestions de crimes ou d'autres actes délictueux, qui peuvent être faites à des somnambules. C'est M. le Dr Liébeault, de Nancy, qui a, dès 1886, signalé la possibilité, en même temps que la gravité et le danger de pareilles suggestions.

§ I. *Historique.* — La question a été reprise, en 1884, dans une lecture sur la *suggestion hypnotique* dans ses rapports avec le droit civil et le droit criminel, faite à l'Académie des sciences morales et

politiques. L'auteur essayait de montrer, par des expériences qu'on a, depuis, qualifiées du nom pittoresque de « crimes expérimentaux, » que, chez certains sujets, on peut produire, par des moyens très variés, un état de somnambulisme profond; que, dans cet état, on peut suggérer à la personne endormie, non seulement, ce qu'on savait déjà, des sensations et des hallucinations, mais, chose plus grave, des actes, que, une fois réveillée, elle accomplira avec une *inconscience absolue*. Il tirait de là cette conséquence que, un crime étant commis par suggestion, l'auteur du fait matériel devrait être tenu pour irresponsable, que, seul l'auteur de la suggestion devrait être recherché et puni. Cette thèse, que les limites d'une lecture académique, avaient forcément écourtée, a été développée depuis, dans un ouvrage où, plus libre dans sa discussion, l'auteur a apporté des vues nouvelles, des arguments complémentaires; et, surtout, des expériences confirmatives dues à des savants français et étrangers.

Cette doctrine est d'ailleurs celle que professent, non seulement M. le Dr Liébeault, mais aussi MM. les Drs Bernheim et Beaunis. Elle est, au contraire, en opposition complète avec les théories de l'Ecole de la Salpêtrière. C'est dans un autre rapport que sera mis en lumière et discuté, au point de vue physiologique, l'antagonisme qui a éclaté entre l'Ecole de Paris et l'Ecole de Nancy. On n'en veut retenir ici que ce qui touche au côté médico-légal des questions soulevées par l'hypnotisme.

A ce point de vue, on doit signaler le livre publié en 1887 par M. le Dr Gilles de la Tourette sous le titre suivant : *L'hypnotisme et les états analogues au point de vue médico-légal*. La tendance de cet ouvrage, pour lequel M. Brouardel a écrit une élégante préface, peut se résumer dans la proposition suivante : « L'hypnotisme peut rendre de grands services; il peut être la cause ou le prétexte de grands dangers : ce n'est pas dans la suggestion que résident ces derniers. » De son côté, M. Brouardel professe que les somnambules ne réalisent que « les suggestions agréables ou indifférentes que leur offre un individu agréable. »

Au contraire, MM. le Dr Liébeault, les professeurs Bernheim et Beaunis, de Nancy, et Liégeois, de la Faculté de droit, tiennent pour constant, après des expériences nombreuses et qui leur semblent concluantes, que, s'il y a, au point de vue médico-légal, quelque chose à redouter dans l'hypnotisme, c'est la suggestion. M. Liébeault, qui a pour ainsi dire créé la doctrine de la suggestion verbale, proclame que, même pour des suggestions criminelles, les somnambules vont à leur but comme la pierre qui tombe !

§ II. *Expertises médico-légales*. — Si l'on admet la possibilité de faire exécuter, par suggestion, des actes criminels, il pourra arriver

qu'on ne connaisse pas l'auteur de la suggestion. Comment s'y prendra-t-on pour le rechercher et le découvrir ? Avant d'examiner cette question, le rapporteur fait remarquer que ses conclusions sur l'irresponsabilité des sujets hypnotisables ne s'appliquent, — on l'a parfois trop oublié, — qu'à ceux qui peuvent être mis en état de somnambulisme profond. Pour ceux-là, l'automatisme est absolu : n'étant pas libres, ils ne sauraient être responsables.

Le rapport donne ensuite quelques indications sur les moyens auxquels on pourra recourir pour constater : 1° que l'auteur du fait délictueux est hypnotisable ; 2° qu'il l'est à un point tel qu'on peut lui faire réaliser irrésistiblement des suggestions. Mais une difficulté plus grave encore peut se présenter dans les expertises médico-légales en matière d'hypnotisme. L'auteur de la suggestion criminelle a pu, il a dû plutôt, suggérer au « sujet » dont il voulait faire l'instrument de ses vengeances ou de ses convoitises, de ne se rappeler aucune des circonstances qui ont précédé le crime ou le vol, de croire qu'il en a eu seul l'idée, d'être convaincu qu'aucune suggestion ne lui a été faite, etc., etc. L'amnésie ainsi provoquée serait un obstacle sérieux, contre lequel pourraient échouer les recherches les mieux dirigées.

Le rapporteur, se fondant sur des expériences qu'il a soumises au contrôle de MM. les D^{rs} Liébeault et Bernheim, propose un moyen qui lui paraît de nature à résoudre cette difficulté. C'est de combattre l'automatisme somnambulique en le contraignant à produire des effets contraires à ceux que le vrai coupable avait pu s'en promettre. En d'autres termes, puisque le prévenu, en vertu de l'ordre reçu, ne dénoncera jamais directement l'auteur de la suggestion, il faut faire en sorte de le lui faire dénoncer indirectement, par des actes dont il ne comprendra pas la signification, ou même par des démarches auxquelles on donnera une fausse apparence de protection ou de défense pour le criminel lui-même. On pourra faire ainsi au sujet hypnotique, relativement à l'auteur, quel qu'il soit, de la suggestion de crime, toutes les suggestions qui ne seront pas directement et expressément contraires à l'amnésie suggérée. Le véritable coupable tombera ainsi au pouvoir de la justice, parce qu'il lui aura été impossible de tout prévoir.

§ III. *Jurisprudence criminelle.* — C'est en vain que l'on tenterait de montrer l'influence que peuvent exercer les phénomènes hypnotiques sur la distribution de la justice, si l'on ne pouvait invoquer que des considérations purement théoriques. Aussi le rapporteur a-t-il cru devoir emprunter, à la jurisprudence des cours d'assises et des tribunaux correctionnels, un certain nombre d'affaires, dans lesquelles les divers états hypnotiques ont présenté une importance et joué un rôle souvent méconnus.

Il cite d'abord trois erreurs judiciaires :

1° L'affaire la Roncière (1835), dans laquelle un officier de l'armée française fut condamné à dix années de réclusion, sur les accusations d'une jeune fille hystérique, somnambule et hallucinée; — 2° L'affaire Benoit, parricide (1832); l'innocence du sieur Labauve, qui n'avait échappé à la mort que par un partage égal des voix des jurés, fut plus tard judiciairement constatée; — 3° L'affaire Julie Jacqmin (1814); il y avait eu dans cette affaire une fausse accusation portée par la comtesse de N... contre sa servante; celle-ci avait même été condamnée à mort; heureusement l'arrêt fut cassé et l'innocence de la malheureuse pleinement démontrée.

Viennent ensuite les crimes commis contre des somnambules : 1° Affaire Marguerite A..., de Marseille : accusation de viol; 2° Affaire Castellan, viol; Cour d'assises du Var : 3° Affaire Lévy, viol, cour d'assises de la Seine-Inférieure; 4° Affaire Marie L..., de la Chaux-de-Fonds (Suisse), accusation de viol; 5° Affaire C..., accusation de viol. — Rapport de M. Tardieu.

Enfin, dans certains cas, des crimes ou des délits ont été imputés à des somnambules, savoir : 1° Affaire D..., prévention d'outrage public à la pudeur; le prévenu, sujet à des accès de somnambulisme spontané, avait été condamné par le tribunal correctionnel de la Seine pendant une de ses crises. La Cour de Paris, éclairée par M. le D^r Motet, infirma le jugement; 2° Affaire L... R..., prévention de vol; une servante somnambule, accusée d'avoir volé des bijoux à sa maîtresse, fut reconnue innocente, grâce à l'intervention de M. le D^r Dufay, sénateur de Loir-et-Cher; 3° Affaire Annette G..., prévention de vol d'une couverture, condamnation en police correctionnelle, expertise confiée à MM. Charcot, Brouardel et Motet, infirmation en appel; 4° Affaire Ulysse X..., élève dentiste à Paris; X..., en état de somnambulisme ou de « condition seconde », avait, en plein jour, enlevé des meubles d'un magasin voisin pour les transporter dans sa cour; rapport médico-légal de M. le D^r Paul Garnier; ordonnance de non-lieu.

M. GILLES DE LA TOURETTE fait remarquer que la priorité des recherches sur l'hypnotisme médico-légal remonte à Charpellen (1860) et non à l'école de Nancy. Au point de vue médical, le rapport est incomplet; les gens dont on abuse dans le sommeil sont toujours des hystériques; la suggestion n'a rien à voir dans ce crime. Au point de vue légal, il l'est encore; les vrais délits commis sur les hypnotisés sont ceux dont on voit les victimes à la Salpêtrière où entrent les malheureux détraqués par les magnétiseurs de foire.

D'autre part, la résistance des hypnotisés à la suggestion criminelle est parfaitement réelle. On la trouve déjà mentionnée dans Puysegur; et ce qui démontre mieux que tout le reste cette

résistance, c'est qu'en faisant la critique de tous les procès on en est encore à trouver un seul crime dont l'auteur ait été poussé par la suggestion. Il n'y a là qu'une expérience de laboratoire.

M. LÉFÈVRE a parlé dans son rapport des cas d'automatisme somnambulique, en même temps que des cas de suggestion, le titre l'y autorisait. Les crimes manquent, dit-on, les crimes vrais, il ne peut pourtant pousser jusqu'au bout l'expérience et faire étrangler quelqu'un par suggestion; mais il est convaincu, contre M. Gilles de la Tourette, que le suggéré est incapable de résister à la suggestion, et qu'il va à son but, comme la pierre qui tombe.

M. BERNHEIM proteste contre la tendance à faire rentrer l'hypnotisme qui est un état physiologique défini dans l'hystérie qui est une névrose. Il endort dans son service 8 tuberculeux sur 10; et tous ne sont pas hystériques.

M. GILLES DE LA TOURETTE répond en demandant quelle peut être l'influence de l'hypnose sur le microbe de la tuberculose.

M. BERNHEIM fait dormir ses malades; il leur remonte le moral, supprime leurs points douloureux. Il est sûr de sa méthode et estime qu'il fait ainsi du bien à ses sujets.

M. GUERMONPREZ dit qu'à la Salpêtrière on n'affirme pas que l'hypnotisme soit spécial à l'hystérie; seulement on y endort les hystériques, parce que c'est plus facile, et, parce que comme leur système est conforme, on n'a pas le désagrément de réveiller une hystérie latente par une hypnotisation intempestive.

M. GRASSET (de Montpellier) est d'avis que la discussion s'égare et qu'il faut discuter la valeur des stigmates que les médecins experts auront à rechercher chez les suggestibles; c'est là le fond de la question.

M. MASOIN (de Louvain) réclame l'institution de Congrès réguliers, pour qu'on puisse s'occuper de la réalisation des vœux émis, tels que celui concernant l'interdiction des séances publiques d'hypnotisme. Il demande que dans ces Congrès les démonstrations pratiques soient très multipliées, pour l'instruction des médecins de la campagne ou des petites villes. Il termine en remerciant les organisateurs du Congrès au nom des savants belges.

L'Assemblée vote pour ces futurs Congrès la fondation d'une *Association internationale d'Hypnologie*.

(*Le Progrès médical*.)

A. PILLIET.

*Congrès international d'anthropologie criminelle, tenu à Paris
du 10 au 17 août 1889.*

M. LOMBROSO. — *Les dernières recherches d'anthropologie criminelle*. — Un philosophe grec prouvait, en marchant, le mouvement ;

c'est bien la marche toujours plus grande des découvertes de l'anthropologie criminelle qui prouve mieux qu'autre chose son existence. Le nombre des accès d'épilepsie larvée avec conscience presque complète s'est étendu par les études généalogiques des familles d'épileptiques, par l'atavisme criminel, phtisique et la descendance de parents vieux, et aussi par la marche avec prédominance de gaucherie, le vertige fréquent, le délire intercurrent, etc. Les quelques cas d'épilepsie sans absence du sens moral, mais avec éréthisme, expliquent les criminels par passion comme ils expliquent les saints dans l'histoire. — Le rôle de l'épilepsie s'étend bien loin aussi, dans la catégorie des fous criminels; surtout dans les alcooliques, les hystériques et dans les psychopathies sexuelles. On retrouve l'épilepsie psychique sur les tableaux d'Esquirol. — Chez les criminels d'occasion, la sensibilité est moins obtuse que chez les criminels nés, les réflexes moins irréguliers, les anomalies moins fréquentes, surtout dans le crâne, mais ils se distinguent par quelques caractères particuliers, comme, par exemple, les cheveux plus noirs chez les voleurs domestiques; la gaucherie plus fréquente chez les escrocs et, chez tous, une grande impulsivité. Les photographies galtoniennes ont donné, chez 18 condamnés, deux types : le premier avec caractères du criminel et, on pourrait dire, de l'homme sauvage, c'est-à-dire les sinus frontaux très apparents, zygômes et mâchoires très volumineuses, orbites grandes et éloignées, visage asymétrique, ouverture nasale phéléiforme, mâchoire avec appendice lémurien. Le deuxième type (escrocs et voleurs) est moins précis : l'asymétrie, la largeur des orbites et la saillie des zygômes sont moins nettes quoique marquées.

La photographie composite les atténue encore. Pour se servir de ces indications il faut travailler sur des groupes suffisamment homogènes. L'auteur cite l'observation Lemoine sur la réunion des lobes frontaux, Séveri pour la capacité plus grande des fosses cérébelleuses, Marino pour la diffusion de la fossette occipitale moyenne, Joly pour la perte du cachet de la nationalité chez les criminels, Ottolenghi pour les caractères de canitie et de calvitie, de retard, de développement des rides (surtout naso-labiale) chez les criminels, Pitre pour le jargon et la calligraphie des criminels. Il rappelle leur aptitude à la mécanique et à la précision des détails. leur manque d'idéalité. Il cite les observations curieuses sur les échanges moléculaires. Chez eux la température moyenne est souvent plus élevée et présente peu de variations dans les maladies pyrétiques. Les menstruations sont plus précoces chez les criminelles, on trouve dans leurs urines plus d'acide phosphorique et moins d'azote. Il cite les observations de MM. Tenchini, Frigerio, Marro

et Ottolenghi que nous résumons : chez les criminels l'iris châtain est prédominant, l'iris bleu chez les violateurs ainsi que l'asymétrie-chromatique et, plus souvent, le polychromatisme. Le daltonisme est en faible proportion et la dischromatopsie dans la proportion de 1-3 % chez les Italiens. L'emmétropie apparente est en prédominance. L'acuité visuelle est plus développée. L'échancrure nasale est un nouveau caractère d'anomalie ataxique de l'homme criminel; il y a fréquence d'irrégularité de l'ouverture nasale, d'osynchie et de déviation des os nasaux. Sur le vivant, nez des criminels rectiligne ou onduleux, de longueur moyenne, plutôt large, peu protubérant, souvent écarté. *Odorat* évalué à l'osmomètre à l'essence de giroflée en solutions diverses : inférieur chez les criminels, parfois cécité olfactive; femmes criminelles ont ce sens moins développé que les hommes criminels. *Goût* évalué avec des solutions convenables de strychnine, de saccharine et de chlorure de sodium : moins développé chez les criminels, moins encore chez les criminels nés que chez ceux d'occasion; moins chez les femmes; parfois cécité gustative. *Ouïe* : on cite les aptitudes remarquables développées par le système d'isolement des prisonniers, l'argot spécifique. On constate conditions excellentes de l'ouïe des criminels.

M. Ottolenghi cite les cas de trois criminels à membrane du tympan détruite, dont un atteint en outre de vertige de Ménière chez lequel il y avait émission abondante de liquide par l'oreille gauche et vertige chaque fois qu'il percevait un bruit un peu considérable. Deux épileptiques à crâne ouvert par fracture de l'os percevaient les bruits, que le trou crânien fût ou non ouvert. Les criminels aliénés n'ont pas donné lieu à des remarques spéciales. Dans les nombreuses autopsies, contrairement à la déduction par inférence, on a toujours trouvé la circonvolution temporo-sphénoïdale proportionnée à l'état normal. En résumé : un seul cas d'othématome; des déformations acquises du pavillon rares; l'imperfection unilatérale ou bilatérale de l'ouïe est représentée par des chiffres très faibles; enfin le sens de l'ouïe est celui qui acquiert, chez les criminels, la plus haute perfection.

M. MANOUVRIER. — La relation étroite et indissoluble qui existe entre la physiologie (comprenant la psychologie) et l'anatomie est à l'abri de toute contestation, si ce n'est de la part d'ignorants métaphysiciens. Cependant les mêmes organes peuvent produire une infinité d'actes diversement appréciables sociologiquement. L'homme est un instrument mis en jeu par un milieu infiniment variable. Le crime, violation grave de la loi, est une matière sociologique, non physiologique. Pour étudier analytiquement l'anatomie des criminels, il faudrait préalablement ramener les crimes à leurs éléments

physiologiques, seuls relevables de l'anatomie. On se trouve en présence d'une multitude de caractères anatomiques, très variables. Il faut y mettre de l'ordre, et commencer d'abord par classer les criminels pour classer les caractères qu'ils possèdent. On n'est pas obligé de supposer que les crimes ordinaires se rattachent à un état physiologique morbide ou anormal.

L'imperfection de la nature humaine et les conditions de milieu subséquentes nous en dispensent. Le crime peut même être déterminé, toutes choses égales d'ailleurs, par de véritables qualités et empêché par de véritables défauts, exemple : brutalité, audace, tempérament amoureux, force musculaire, etc. Il ne faut pas appeler poutre chez un criminel ce qu'on appelle paille chez un honnête homme, surtout lorsqu'il s'agit de caractères anatomiques, dont on ignore complètement la signification et qui ne paraissent nullement être en relation directe avec le crime. Exemple : la capacité crânienne, qui n'est pas inférieure à la normale dans la catégorie des criminels par excellence, celle des voleurs-assassins suppliciés. A-t-on rencontré un caractère anatomique pouvant servir à caractériser exclusivement les criminels ou une certaine catégorie de criminels ? Non. — Et il n'y a peut-être pas un seul anthropologiste qui croie à l'existence d'un tel caractère. En laissant parler les faits eux-mêmes on arrive cependant à être persuadé, jusqu'à plus ample informé, que les criminels présentent réellement, en général ou en moyenne, une proportion plus forte de caractères anormaux ou inférieurs. Les quelques criminels monstrueux qu'on a exhibés ne prouvent pas que les criminels soient des monstres anatomiques, de même que les quelques criminels épileptiques montrés ne prouvent pas que les criminels soient des épileptiques.

Le type criminel, s'il existait, serait un bouc émissaire factice, un arlequin et rien de plus. Il ne peut y avoir *un* type criminel, pas plus qu'il ne peut y avoir *un* type d'homme monstrueux ou pathologique. Il faut comparer les criminels aux hommes vertueux pour espérer avoir des résultats, c'est-à-dire les *hypotypiques*, avec les *métatypiques*. L'étude anatomique des criminels, pour devenir explicative, a besoin d'être conçue plus largement.

Suit une discussion à laquelle prennent part MM. Lacassagne, Ferri, Brouardel, Benedikt, Garofalo, M^{me} Cl. Royer, etc.

M. MANOUVRIER fait observer que l'homme le mieux doué du côté de l'intelligence, peut, dans certaines circonstances, devenir criminel. M. Tarde a donné aux caractères physiologiques l'importance qu'ils ont réellement ; mais quoique les fonctions physiologiques restent les mêmes, l'acte peut cependant varier du tout au tout au point de vue de sa valeur comme acte social et moral. Il faut faire une caté-

gorie à part des criminels épileptiques, en un mot pathologiques. Les recherches de l'ordre de ceux qui nous occupent demandent beaucoup de précautions et les résultats doivent être scrupuleusement contrôlés. Ceux obtenus par M. Lombroso sont nombreux, mais ces caractères, nombreux aussi, ont été si souvent constatés chez des hommes honnêtes et vertueux qu'on peut dire que ce ne sont pas des caractères anatomiques distinctifs. Il faut distinguer le criminel et le criminalisé. M. Manouvrier a observé surtout des individus normaux. Broca a montré que 20 crânes suffisent pour une bonne moyenne. L'expérience apprend que l'observation d'une anomalie doit porter sur des centaines et des milliers d'individus. La variation en effet est faible.

Exemple : recherche de la fréquence de la suture métopique qu'on a considérée comme un caractère de criminalité. Or, dans les catacombes, M. Manouvrier a examiné des séries de 25 crânes et trouvé dans une série 4 cas de suture, dans une autre aucune. On peut admettre que la suture métopique est conservée chez 1 p. c. des individus. Plus un caractère est rare et plus la série où on l'étudie doit être considérable. On ne peut pas appeler *anomalie* la persistance de la suture métopique chez l'homme âgé, c'est tout au plus une particularité. L'homme le plus anormal serait celui qui n'aurait aucune de ces anomalies que cite M. Lombroso. En voulant définir le type criminel, on arrive à faire un arlequin qui n'existe pas, car aucun type ne réunit à la fois tous ces caractères (suture métopique, bras longs, oreilles développées, etc.). M. Ferraz de Macedo a trouvé récemment un de ces caractères, intéressant et important : c'est l'absence de commissure grise chez les déséquilibrés. M. F. de Macedo n'a rencontré aucun criminel parmi ses sujets. Ce n'est pas encore là une découverte acquise, mais elle est annoncée. Il en est de même de la plupart des caractères et des résultats annoncés par M. Lombroso qui demandent à être confirmés et contrôlés. Il faut se défier de l'exagération et de la déduction spéculative. Il y a de ces découvertes qui naissent pour disparaître à l'examen plus approfondi. M. M... cite la fortune de cette thèse qui voulait que les criminels eussent même capacité crânienne que les honnêtes gens, tandis que, d'après ses propres observations, cette différence atteignait 11 cm. c., faible il est vrai, mais réelle. Or cette erreur reposait sur une fausse interprétation d'un tableau et d'un chiffre cité par Cordier. Il en est de même de cette théorie qui donnait, à la suite de pratiques de laboratoire et du fait des collectionneurs triant les collections, des crânes plus petits aux criminels parisiens.

M. GAROFALO voudrait joindre la discussion d'ensemble à celle d'une question dont il est le rapporteur et qui a pour objet la déter-

mination par l'anthropologie criminelle de la classe de délinquants à laquelle appartient un coupable.

M. LOMBROSO, répondant à M. MANOUVRIER, distingue le crime d'occasion, simple accident que punit cependant la loi. Ces crimes d'occasion ne sont pas fréquents. Il en a trouvé une trentaine sur 1,400 cas criminels étudiés : les caractères alors ne sont pas importants. Il est psychologue aliéniste et considère l'anthropologie comme accidentelle dans ses études. Il a, avec M^{me} d'ARNOWSKY, étudié les prostituées qui sont des criminelles d'occasion, qui, le plus souvent, ne présentent pas les caractères anatomiques. 10 p. c. des prostituées de Bordeaux sont mineures à leur entrée et appartiennent à de bonnes familles. La criminalité est en rapport avec l'orographie et la climatologie. Etudions ici des questions moins claires : M. Lombroso est de l'avis de M^{me} Clémence ROYER sur l'importance du métissage et l'importance de cette étude. Si le crime n'est pas une anomalie, est-ce donc la vertu ? — Il est d'accord avec M. MANOUVRIER sur la question de la capacité du crâne. — En réunissant les caractères anatomiques et physiologiques, nous arrivons à trouver le type criminel et quelques-uns de ces caractères sont très importants, comme par exemple l'anesthésie spécifique et la cécité olfactive. En parlant de l'homme criminel, nous parlons non de l'homme physiologique, mais de l'homme pathologique. Il y a aussi la question de l'atavisme. On a constaté p. ex. chez les criminels un grand nombre de hernies : c'est un caractère ataxique et la plagiocéphalie n'en est pas loin. Il faut relever enfin le rôle important que semblent jouer chez les épileptiques psychiques, les ptomaines. Des observations récentes ont accusé chez les criminels, comme chez les malades d'accidents cérébraux, de l'acétonurie et de la peptonurie.

M. TARDE, juge d'instruction, dit que la femme honnête porte des caractères comme la femme criminelle. La prostitution est l'occasion du délit et non le délit lui-même. M. MANOUVRIER dit qu'il n'y a pas de caractères anatomiques propres aux criminels. Cependant le crime est une fonction, innée chez le criminel prédisposé et ces prédispositions organiques se rencontrent chez lui aussi bien que les prédispositions du génie chez le mathématicien, le peintre, le musicien. Il dépend souvent de circonstances fortuites pour les révéler. Il faut donc faire la part de l'accident chez le criminel et l'homme de génie. Il n'y a pas d'acte de la vie sociale qui n'exige la réfraction de la force physiologique dans le milieu social et il n'y a pas d'acte qui n'accuse comme origine une force physiologique. La fonction fait l'organe — le crime fait le criminel. Pour résumer : existe-t-il des dispositions organiques ? — Oui. Sont-elles révélées par des caractères anatomiques ? — Non. Si,

en anthropologie criminelle, on venait nous montrer des localisations comme celle de Broca pour le langage articulé, la base de l'édifice serait établie. Il y a sans doute un trait d'union entre les deux ordres de faits. L'auteur cite un fait graphologique à l'appui. —

M. BROUARDEL craint que les recherches des caractères anatomiques ne soient illusoires. Souvent, dans les asiles, les oreilles des aliénés sont déformées et la fossette moyenne cérébelleuse existe fréquemment. La soudure de la 1^{re} vertèbre avec la base du crâne peut se faire à la suite d'une inflammation, travail pathologique qui retentit sur l'ensemble de l'individu. Les épileptiques, les aliénés accusent la présence de ptomaïnes dans l'urine. Il rappelle l'observation d'une femme épileptique dans son service : l'urine contenait une ptomaïne convulsivante ayant les caractères de la strychnine, nettement établis par des expériences sur des grenouilles. Chez deux autres du type mélancolique on a trouvé dans les urines des ptomaïnes soporifiques. L'anesthésie, la perte du goût, la cécité sensorielle ne sont-elles pas des effets du trouble de la nutrition générale ayant donné naissance à des ptomaïnes, produisant des empoisonnements chez les hystériques, et d'autres dont les urines fournissent les ptomaïnes en question ? Les phénomènes de paralysie sans localisation dépendent peut-être d'un empoisonnement de ce genre. Les troubles de la sensibilité sont dus à une cause plus générale. Ces phénomènes sont du même ordre que ceux que présentent les aliénés et les criminels. M. Brouardel répond à M. Tarde que la fonction fait bien l'organe, mais il faut bien la présence de fibres musculaires. Une femme sans mollets ne pourra être danseuse.

M. GAROFALO dit que le crime dépend en partie de l'organisation physiologique particulière. Il en dépend entièrement si on considère comme criminels ceux que n'accuse non seulement la loi, mais encore la conscience publique.

M. LACASSAGNE soumet au Congrès les vœux suivants : 1^o que le gouvernement facilite au médecin l'accès dans les asiles d'aliénés ; 2^o que les cadavres des suppliciés soient mis à la disposition des anthropologues. Le premier a déjà été émis au Congrès de Rome. Il convient de le rappeler simplement, dit M. Brouardel. Le deuxième est adopté à l'unanimité des membres présents.

M. MANOUVRIER. — *L'anthropologie juridique et l'anthropologie criminelle.* — Sous le nom d'anthropotechnie, il faut réunir tous les arts ayant pour but la direction des hommes, c'est-à-dire la médecine, l'hygiène, la morale, l'éducation, le droit et la politique. Tous ces arts doivent tendre à devenir des sciences d'application. C'est à l'anthropologie que ces arts ont demandé et continuent à de-

mander les lumières scientifiques qui leur sont nécessaires. Il y aura plus tard des ingénieurs en anthropologie. La médecine est l'art qui a commencé le premier. L'anthropologie juridique, comprenant la criminelle, n'est autre chose que l'anthropologie considérée dans son application possible au droit en général et au droit criminel en particulier. Il y aura plus tard l'anthropologie morale, pédagogique, politique. L'art le plus en retard est celui de la politique. Il n'est même pas entré encore dans la période empirique, mais demeure dans l'ère de la violence. Les arts les plus complexes sont ceux qui se servent les derniers de la science, parce que les sciences qui peuvent leur donner un enseignement sont les moins parfaites.

M. LACASSAGNE voudrait voir l'enseignement de l'anthropologie criminelle introduit dans les écoles de droit.

MM. MOLESCHOTT et BROUARDEL préconisent l'enseignement de l'anthropologie pure et simple.

M. FERÉ dit qu'il n'y a pas lieu d'émettre un vœu. Néanmoins le Congrès adopte le vœu proposé par M. Lacassagne, que l'enseignement de la médecine légale — il existe en Italie depuis le vœu émis au Congrès de Rome — soit introduit dans les écoles de droit.

M. STIELDORFF, directeur de la Compagnie algérienne, fait une communication sur les colonies pénitentiaires.

M. MOTET, de Paris, fait une communication sur l'éducation correctionnelle des enfants, réformes en rapport avec les données de la biologie et de la sociologie criminelles.

M. ANFOSSO, avocat (Turin), fait une communication sur la possibilité de faire servir la méthode et les instructions de l'anthropologie criminelle aux recherches de la police. — Il donne des détails sur les pratiques anthropométriques, discute les mesures à prendre et les modèles de registre.

M. COUTAGNE (de Lyon). — *De l'influence des professions sur la criminalité.* — Souvent l'influence professionnelle est marquée. Chez les antisociaux essentiels, le crime dérive des causes simples. Il n'en est pas de même pour ceux que leur origine a mené sur la pente. Les fonctions psychiques sont influencées par la profession. L'hyperthrophie des sentiments personnels mène à des actes antisociaux ou antisociaux ou encore criminels. La psychologie professionnelle existe. Son étude demande le concours d'un biologiste doublé d'un physiologiste. Nous aurions peut-être ainsi la clef des vocations, la tendance des races et des individus. Le cerveau s'adapte à ses fonctions professionnelles comme aux autres. Dans la classification en 3 catégories de crimes admis par M. Ferri doit entrer en

considération le facteur biologico-social, professionnel. On tient compte sur tout durant les assises des professions, qui sont divisées en 9 classes. M. C. a construit des cartes graphiques sur la marche de la criminalité dans ces 9 classes, depuis 1829. On remarque que le pour cent des agriculteurs et des industriels est le plus fort. Les tendances cérébrales et la criminalité sont influencées fortement par le progrès et la division du travail.

M. MOLESCHOTT estime qu'on devrait pousser l'examen jusqu'aux professions libérales. M. BENEDIKT voudrait voir l'étude étendue sur toutes les professions. Il signale la différence entre le facteur individuel et le facteur social. Qu'on s'applique dans cette étude à s'attacher à des caractères professionnels qu'on puisse mesurer : développement des muscles, force, etc.

M. HERBETTE, directeur de l'administration pénitentiaire en France et en Algérie, dit que cette question se rattache à l'hygiène des professions. Il signale le danger des statistiques; elles devraient porter sur des objets bien déterminés, sur des professions typiques. Souvent les penchants de l'individu l'entraînent vers le choix d'une profession qu'on accuserait plus tard à tort d'avoir développé la criminalité individuelle. On donne le choix de la profession au criminel dans les établissements pénitentiaires; mais on corrige parfois le choix en ne pas laissant par exemple exercer une profession assise aux individus entraînés par certains penchants, en évitant les professions irritantes aux tempéraments nerveux. La statistique doit être le couronnement d'une œuvre d'observation et non un point de départ pour les conjectures.

MM. BROUARDEL et MOLESCHOTT sont du même avis.

M. FÉRÉ dit qu'il faut le bulletin individuel, car la statistique judiciaire nous donne la statistique du procès tandis que la pénitentiaire, plus précise, donne celle des individus. — M. BERTILLON préconise également le bulletin individuel.

M. SEMAL (de Mons) dit que la détention cellulaire n'est pas une source de folie. Malgré la statistique du bulletin individuel et les idées préconçues sur ce sujet, cette détention amène plutôt une indemnité de folie. Aucune sorte de détention n'en est la cause, mais bien la prédisposition à la folie. — M. MOTET invoque les antécédents héréditaires d'alcoolisme et d'aliénation mentale pour expliquer l'explosion de la folie chez les jeunes détenus.

M. LASCHI, avocat (Vérone). — *Le crime politique au point de vue de l'anthropologie*. — Il a collaboré avec M. Lombroso. Les facteurs à prendre en considération sont : la race, le génie et la densité de la population surtout dans les grands pays. Il faut

distinguer les révolutions des révoltes; les unes sont d'ordre psychologique et les autres d'ordre pathologique. — Les influences climatologiques, orographiques, sociales, sont considérables. — La race est un facteur important et peut modifier le misonéisme. Les brachycéphales sont conservateurs, les dolychocéphales sont plus révolutionnaires. Sur 89 révolutionnaires il n'y a que 20 brachycéphales. Il examine les races de l'Italie et arrive aux mêmes conclusions. Le métissage modifie les caractères et les Chinois et les Japans d'un côté, les Malais de l'autre. Il en est de même du changement de climat et les Anglo-Saxons et les Américains.

Il met le génie en rapport avec les révolutions politiques. Les villes les plus révolutionnaires : Paris, Florence, Genève accusent la plus forte vivacité de pensée. Sparte a eu peu d'hommes célèbres, mais il y intervient un facteur orographique. Le maximum du génie se trouve dans la race ligurienne, la gaULOISE vient ensuite avec 19 p.c.

La généralité va de pair avec les tendances républicaines. L'auteur base sa conclusion sur la statistique des départements. Le génie déclassé devient souvent un criminel. Le danger est surtout dans les grandes villes. M. MOTET dit qu'il faut surtout considérer l'individu et, avant tout, l'évolution de l'individu. Il cite des exemples à l'appui.

M. LOMBROSO, à propos de crime politique, examine le crime de Charlotte Corday auquel il trouve les caractères virils, la platycéphalie et la fossette occipitale moyenne. Ce sont bien là les caractères crâniens d'une femme criminelle où excessive de vertu. Taine a fait de l'anthropologie historique. M. Lombroso cite des cas intéressants de ce qu'il appelle « l'épilepsie politique. »

M. MAGITOT montre un album de photographies de femmes condamnées à mort ou à la déportation pendant la commune. M. Lombroso les prend à témoin pour la démonstration de ses théories.

M. GRAMPIETRO (Naples). — *La responsabilité morale et criminelle des sourds-muets dans ses rapports avec la législation.* — Le sourd-muet n'est pas un être inférieur; il doit avoir toute sa responsabilité vis-à-vis de la loi. Il n'apprend pas le crime dans nos écoles. En considérant les centres de la fonction du langage articulé, on peut les diviser en centres auditif, phonique, idéogénique, volitif, moteur et mnémonique. En abolissant le centre moteur par exemple, l'individu conserve l'usage des autres. Il en est de même en abolissant le centre phonique ou l'auditif. La grande famille des sourds-muets est aujourd'hui dans la proportion de 1 p. 1000 hors la loi. Cela est injuste car ils ont le pouvoir intellectuel et, de plus, à défaut de l'usage intégral de toutes leurs fonctions, ils sont plus observateurs et plus initiateurs que nous.

M. GAROFOLO. — *Sur la détermination par l'anthropologie criminelle de la classe de délinquants à laquelle appartient un coupable.*

— Les caractères anatomiques du criminel doivent être complétés par la figure morale du criminel qui nous dévoile son anomalie psychique. L'auteur cite les critères de l'assassinat proposés par la criminalologie nouvelle. Le criminel est doué d'une nature monstrueuse, et, cette nature reconnue, il faut distinguer l'assassin né, ou fou moral, de l'aliéné ou de l'épileptique. Dans les cas d'anomalie extrême, les circonstances mêmes du crime sont suffisantes pour dévoiler la nature du criminel; mais, dans les cas moins évidents, il faut l'examen psychologique ou anthropologique du criminel. Les caractères anthropologiques ont surtout de l'importance pour le diagnostic des enfants ou jeunes gens criminels. Souvent l'anthropologue reconnaît chez eux les caractères de la folie morale ou de la criminalité innée. On y retrouve la physionomie typique de l'assassin: le regard froid, l'œil fixe avec quelques déformations crâniennes très marquées; très souvent la longueur excessive de la partie inférieure de la figure, le prognathisme, le front étroit et fuyant et d'autres signes régressifs; ou encore des anomalies atypiques telles que la plagiocéphalie et la scaphocéphalie; et, chez les auteurs d'attentats à la pudeur, la grosseur et l'épaisseur des lèvres. L'analgésie n'est pas rare non plus. Au moral, c'est l'apathie et l'égoïsme. Il n'est pas rare qu'une forme psychopathique se manifeste dans la suite. En tout cas, s'il ne s'agit pas d'aliénation vraie, on a affaire à un criminel né, épileptique, ou fou moral. L'examen physique peut nous faire reconnaître chez le délinquant les caractères impulsifs qu'accusent comme origine l'alcoolisme, l'hérédité de parents ivrognes, convulsionnaires, fous ou épileptiques. Cette classe de délinquants forme l'anneau entre les malfaiteurs par instinct et les délinquants fortuits ou professionnels. Chez le type impulsif, il y a le plus souvent absence des anomalies régressives du crâne; il n'y a que des anomalies atypiques comme par exemple l'hémiatrophie faciale. Par contre, les anomalies nerveuses sont plus fréquentes ou d'autres maladies frappantes. Les criminels impulsifs, à moitié malades, plus dangereux que les criminels par accident, devraient être l'objet d'un traitement particulier. Souvent, dans le cas de calomnie ou de sévices, le délinquant est atteint d'une névrose hystérique. Dans le cas de blessures, d'attentats à la pudeur ou de viol, il est souvent épileptique ou alcoolique. La probité étant moins instinctive que la pitié, moins dépendante de l'organisme, plus récente et moins transmissible par hérédité, il arrive que les effets du milieu sont plus agissants sur ceux qui sont tentés d'enfreindre ses lois. Cependant, en dehors du mal à forme

morbide, c'est-à-dire la kleptomanie, on trouve des individus avec penchant au vol, instinctif et atavique, manifesté par des signes anthropologiques extérieurs que M. Lombroso a étudiés. Il leur trouve une mobilité remarquable du visage et des mains, l'œil petit et vif, les sourcils épais et rapprochés, le nez camus et le front petit et fuyant. Les vagabonds, voleurs et autres ennemis de la propriété sont caractérisés fréquemment par de la névrosthénie physique et morale (aversion pour le travail et goût du plaisir), mais au facteur congénital s'ajoute ici un facteur social. Le droit pénal devrait, par une législation éclairée, tenir le plus grand compte de la classification des criminels et ne pas s'entêter dans ses conceptions *a priori* et cesser d'ignorer la variété des faits naturels.

Suit une intéressante discussion à laquelle prennent part : MM. Alimena, avocat (Cosenza), Lombroso, Topinard, Benedikt, Ferri, Moleschott, Giampietro, Brouardel, Herbet, Lacassagne.

M. ALIMENA, élève et collaborateur de M. Lombroso, dit qu'on ne peut pourtant pas faire l'autopsie du criminel avant et le condamner après. Il cite le cas de Charlotte Corday, une criminelle instinctive. L'anthropologie criminelle est bonne à appliquer aux grands criminels, elle aurait des dangers pour les petits.

M. LOMBRoso revient sur le crâne de Charlotte Corday qui avait des caractères anatomiques bien nets, de la platycéphalie, la fossette occipitale moyenne et les caractères du crâne viril ; ce qui fait dire incidemment à M. TOPINARD que, selon lui, le crâne de Charlotte Corday est parfaitement normal et présente tous les caractères d'un crâne de femme. La platycéphalie est un caractère normal et la fossette vermiculaire n'est pas une anomalie. Il n'y a rien d'irrégulier dans ce crâne, sinon la platycéphalie, trop ordinaire pour être une anomalie.

M. BENEDIKT. — *Vita brevis, ars longa est.* La crânioscopie et la céphalométrie sont devenues aujourd'hui des objets de dilettantisme. L'héritage et les méthodes scientifiques si précises de Broca sont abandonnés. — On ne fait pas assez de mathématiques. « J'oserai, dit-il, faire la différence entre le meurtrier, le violateur, l'assassin dans une prison, mais je ne le dirai jamais devant les juges parce que les caractères sont trop peu sûrs. Ceux qu'énumère M. Garofalo peuvent appartenir également à des dyspeptiques, à des névralgiques, etc. Ces caractères nous donnent seulement le droit de suspicion et rien de plus. Nous ne connaissons rien de la fonction du vermis et il convient de citer ici la réponse faite à Hyrtl au sujet de la rate. Hyrtl, posant la question à un élève, eut pour réponse : « M. le professeur, je l'ai su, mais je l'ai oublié. » Là-dessus, Hyrtl de s'écrier : « Malheureux ! vous étiez le seul à la connaître et voilà

que vous l'avez oubliée! » — Et puis, à propos de front fuyant, où commence le front fuyant anormal? La justice demande autre chose que du dilettantisme.

M. FERRI distingue l'anthropologie criminelle en tant qu'étude et dans son application juridique. Il ne faut pas oublier la psychologie criminelle, une aide puissante. Il cite le cas d'un criminel type, criminel passionnel par emportement, intermédiaire entre le fou criminel, et qu'il avait diagnostiqué autrement que par des caractères anatomiques. Il ne faut pas confondre les causes qui expliquent le crime avec celles qui l'excusent.

M. LOMBROSO accuse M. Benedikt de faire l'avocat pour le médecin. L'anthropologie criminelle peut se passer de mesures crâniométriques et de formules. Elle se contente des lignes principales et des anomalies.

M. MOLESCHOTT. — Soyons francs et constatons notre grande ignorance sur les fonctions du vermis. Certes, le cervelet a une grande influence sur la coordination des mouvements, ce que prouvent les expériences faites sur les grenouilles. Le développement du vermis est un indice de vigueur musculaire, mais il peut appartenir aussi bien au génie fort qu'à l'assassin fort.

M. BROUARDEL constate que le médecin, hélas! n'a pas de signe mathématique à reconnaître pour poser son diagnostic. Il s'agit, dans la pensée de M. Garofalo, de classer les délinquants, après leur condamnation, selon leurs mérites, et de préserver la société de la rentrée de ceux dont l'action délétère serait à couvert par le bulletin sur lequel il y aurait « irresponsabilité. »

M. HERBETTE fait l'éloge du beau service anthropométrique de M. Alph. Bertillon. — Il conseille la prudence dans les conclusions et dans l'application juridique des idées de M. Garofalo. Il voudrait voir une large place donnée à la psychologie.

M. LACASSAGNE, revenant sur le vœu émis dans la séance d'hier au sujet des cadavres de suppliciés, se fait applaudir par l'argument suivant : « Si la crainte d'être livré à l'amphithéâtre et aux expériences après le supplice, peut diminuer le nombre de grands criminels, il faut voter le vœu avec empressement. »

M. HERBETTE dit que le corps du délinquant, du criminel, appartient à lui ou à sa famille. Le droit d'autopsie est un droit primordial pour la science, si l'autorité le juge nécessaire. Est-il possible d'aller plus loin que l'autopsie. Il faut observer beaucoup de précautions, agir avec beaucoup de tact. On n'a pas le droit de pénétrer dans la conscience de la famille; il ne faut pas froisser le sentiment individuel. La peine s'arrête à la mort et ne va pas au delà. Pour les suppliciés, c'est autre chose; là encore, il faut être très prudent. S'il y a

des expériences à faire, il faut considérer que l'idée d'une double mort choque le sentiment public. Et si, d'après un autre vœu proposé hier, on désire visiter les établissements pénitentiaires, il faut encore procéder avec le plus grand tact, ne jamais donner au criminel le soupçon qu'il est l'objet de la curiosité du visiteur comme le serait un fauve dans une cage. Il cite des exemples.

M. le professeur FERRI. — *Sur les conditions déterminantes du crime et leur valeur relative.* — La genèse naturelle du crime résulte du concours de conditions biologiques et du milieu. Cette dualité est bien reconnue par l'école criminelle positiviste. Elle ajoute à ces deux facteurs le facteur physique et admet que la genèse de tout crime reconnaît, comme cause originelle, les facteurs anthropologiques ou personnels, le facteur physique ou du milieu ambiant, le facteur social ou du milieu social. Quelle est la valeur relative de ces trois facteurs? Le crime n'est pas le produit exclusif du milieu social. Car sur 100 individus vivant dans les mêmes circonstances de misère, d'abandon et de manque d'éducation, 60 ne commettent pas de crime et, des 40 qui restent, 5 préfèrent le suicide au crime; 5 deviennent fous; 5 n'arrivent qu'à se faire mendiants ou vagabonds non dangereux et les 25 autres commettent-ils des crimes? Dans chaque catégorie de crimes, l'influence des conditions déterminantes varie beaucoup selon les formes spéciales de criminalité. Les meurtres, les attentats à la pudeur, les incestes, les vols sont évidemment souvent une résultante du milieu social, mais souvent aussi cette influence devient mineure en comparaison des impulsions données par la constitution personnelle (organique et psychique), par exemple dans les vols avec violence, et surtout dans les assassinats qui ont le vol pour but et que les « escarpes » de la « haute pègre » commettent si froidement. Les facteurs anthropologiques comprennent des facteurs psychologiques, anatomiques, physiologiques. Quant aux conditions du milieu physique, j'ai montré pour la première fois, avec des statistiques criminelles françaises, l'augmentation constante des crimes contre la propriété en hiver et pendant les années de température plus rigoureuse, mais l'effet alors n'est qu'indirect par des raisons sociales; d'autre part, l'augmentation de crimes de sang et contre la pudeur pendant les mois et les années de température plus élevée est un effet direct de la température même sur les individus qui sont dans des conditions biologiques de résistance moindre contre ces influences. L'influence de l'électricité atmosphérique, de l'état du baromètre, du climat, de l'orographie, etc., est grande. L'influence du sirocco par exemple à Rome est énervante. « Si le thermomètre avait marqué 10 degrés

de moins, ou le baromètre quelques millimètres en plus, le crime, peut-être, n'aurait pas été commis. » Le climat du nord accuse une plus forte proportion de crimes contre la propriété, celui du midi une plus grande proportion contre la personne. S'il n'y a pas de prédispositions ataviques, l'homme est à l'abri de l'entraînement, de la possibilité de commettre un crime tel qu'assassinat ayant le vol pour but. Il faut pour cela une dégénérescence atavique. Cause et effet sont ici intimement liés, car chaque effet est à son tour une cause et *vice versa*. C'est la question byzantine de la préexistence de l'œuf ou de la poule. Si la misère est la cause de l'ignorance, l'ignorance devient cause de la misère, etc., et la réponse est facile à l'objection, que la proportion de criminalité dans telle ou telle région n'est pas un effet du milieu physique ou des conditions biologiques, mais bien des conditions sociales et surtout économiques. On voit, par exemple, d'un côté de la Sicile, à Catane et Messine, se produire une faible proportion de crimes contre les personnes. Mais là l'influence du climat est masquée par celle de la race, on a affaire à la race grecque tandis que du côté de Palerme c'est la race africaine. Les effets du milieu social sont évidents, par exemple dans les attentats à la pudeur, par la grande cohabitation et la promiscuité des sexes. Certains criminels sont atteints d'une sorte de daltonisme moral. Le meurtrier dira par exemple : je n'ai pas volé, je suis un honnête homme; le voleur, je n'ai pas tué, je ne suis pas un assassin. — L'homme moyen n'existe que dans notre cerveau; il en est de même du criminel. — Le criminel aliéné ne doit pas être exclu de l'anthropologie criminelle. Les fous criminels ne sont pas des fous communs (ceux-ci relèvent de la psychiatrie) car ils ont un type anthropologique qui ressemble à celui des criminels non aliénés. — Conclusions : d'une part l'amélioration des conditions sociales comme moyen préventif contre le crime et d'autre part les mesures d'élimination perpétuelle ou temporaire selon la reconnaissance des conditions biologiques exerçant une influence absolue plus ou moins grande, ou plus ou moins curable.

M. PUGLIA, de Messine, a envoyé une note dans le même sens.

M. ALIMENA dit que, pour lui, la dégénérescence et la prédisposition sont toujours un effet du milieu social. La métaphore qui compare le criminel au microbe d'un bouillon (la société) est fautive. Le bouillon ne produit pas le microbe, tandis que la société fait naître le criminel. Imitons les éleveurs anglais dans la sélection des races animales : sélectionnons l'homme.

M. MANOUVRIER estime que M. Ferri n'accorde pas une assez grande importance à l'influence du milieu social. Il n'y a pas deux hommes qui vivent dans le même milieu social. Dans une famille

de dix enfants, il n'y en a pas deux qui reçoivent la même éducation. Les animaux aussi sont criminels : le loup est criminel pour la brebis. Il y a des loups parmi les hommes. Le milieu peut rendre inoffensif un criminel et on arrive à rendre un loup honnête. Il peut faire également un criminel d'un homme qui a quelques prédispositions pour le crime.

M. TARDE parle du type professionnel en général. Il cite les observations des chapeliers sur la pointure des chapeaux, dit que les agriculteurs ont en général la mâchoire plus forte et que, dans une société à castes, le type se développe et s'accuse. Les Brahmes de l'Inde ont certainement un type spécial.

M. MOLESCHOTT rappelle la charade de Kant : Y a-t-il au monde deux arbres au moins ayant le même nombre de feuilles? — La réponse doit être : Oui. De même, dans le milieu social, on peut être sûr de rencontrer des conditions semblables. — M. Manouvrier n'accepte pas le parallélisme ainsi énoncé à cause des combinaisons multiples de ces conditions.

M. LOMBROSO. — Les maladies, comme les monstruosité, s'éteignent dans la stérilité. Il en est de même des criminels. Il croit au type professionnel et reconnaît le militaire sans l'habit et le curé d'il y a 2,000 ans. L'éducation et le milieu font d'enfants honnêtes, des hommes honnêtes, mais n'arriveront pas au même résultat avec des enfants malhonnêtes ou des criminels physiologiques. Pour lui, le loup n'est pas le criminel, mais la brebis qui mangerait l'autre brebis.

MM. BAJENOFF et MOTET parlent de cette catégorie de criminels qui frisent les aliénés, des « demis-fous. » Ils doivent absolument être relégués dans un asile spécial, mais à l'écart et gardés.

M. MIERZEJEWSKI dit que les descendants d'alcooliques chroniques forment une catégorie renfermant une bonne moitié des meurtriers impulsifs. Ce sont là des exemples de l'influence de l'hérédité.

M. GARNIER. — *Sur les rapports entre la dégénérescence mentale et la simulation de la folie.* — La simulation de la folie est fort ancienne. M. Garnier dresse la psychologie du simulateur. C'est à la limite du crime et de la folie qu'on trouve le plus grand nombre de simulateurs. Le dégénéré héréditaire est parent de l'hystérique, il porte en lui le canevas préparatoire de la simulation. Le simulateur finit par devenir sa propre dupe, car il oublie son point de départ. Le développement d'un tic de la figure, par exemple, s'explique par des antécédents héréditaires. Le simulateur, pareil en cela à la femme hystérique, est mû par le même besoin de simuler des contorsions,

contractures, etc. Or, on ne simule bien que ce que l'on a. — La valeur intellectuelle du simulateur n'est pas considérable : ruse n'est pas intelligence. On cite le cas de Marie C..., une Savoyarde de 45 ans, marchant sur les traces d'une femme mêlée à des intrigues politiques retentissantes, Marie C... simulait la folie; elle fut condamné à 13 mois de prison et l'examen médico-légal constatait, non une intelligence supérieure, mais une débilité mentale. — Le diagnostic médico-psychique est important et doit se baser sur l'étude du canevas, du substratum sur lequel se développe la simulation.

Les membres du Congrès se sont également réunis à la préfecture de police pour entendre une conférence sur le service anthropométrique. Les résultats si curieux et si dignes de confiance obtenus par M. Bertillon ont vivement intéressé les nombreux assistants.

M. TAVERNI, professeur de pédagogie à l'Université (Catane), développe la première partie du rapport qu'il a élaboré avec M. Magnan sur *l'enfance des criminels dans ses rapports avec la prédisposition naturelle au crime*. La tâche de connaître, en interrogeant exclusivement l'anatomie, la genèse du crime chez l'homme individuel, n'a pas réussie et ne pouvait réussir. Il semble ne pas exister un type spécial ni du crâne, ni du cerveau des criminels pas plus que des non-criminels. La dégradation physique ne peut se trouver disjointe d'une dégradation morale. Il y a une espèce de manque d'aptitude à l'éducation dans l'enfance, et c'est là la prédisposition naturelle aux crimes de la jeunesse et de la virilité. Pour élucider cette question, la criminalogie nouvelle doit demander peut-être des critères expérimentaux à la biologie pédagogique. L'auteur analyse l'inaptitude à l'éducation chez certains enfants. Il explique cette sorte de divination par synthèse très rapide qu'on fait quelquefois d'un enfant en disant de lui qu'il est « né pour la guillotine. »

M. MAGNAN, développe la deuxième partie de ce rapport. Il n'admet pas la prédisposition naturelle au crime. Les faits observés donnent tort à cette façon de considérer l'enfant comme un homme privé de sens moral et prédisposé naturellement au crime. L'auteur, en citant les travaux de Meynert, suit l'enfant dans son évolution et distingue trois étapes d'une seule et même fonction : la vie végétative (réflexe simple); la vie instinctive (activité sensorio-motrice) et la vie intellectuelle (activité idéo-motrice). L'individu normal n'est pas prédisposé naturellement au crime; s'il devient criminel, d'occasion aussi bien que d'habitude, il le devient sous l'influence d'une passion ou d'une éducation vicieuse. — Les héréditaires dégénérés naissent avec le masque de leur

origine; ces stigmates physiques sont connus. Les anomalies du développement cérébral le sont moins et plus utiles à connaître. Il y a des transitions insensibles de l'idiot complètement dégradé au dégénéré supérieur, intelligent mais déséquilibré. M. Magnan passe en revue les principales manifestations de ce mécanisme psychique faussé et rattache les nuances infinies sous lesquelles se présente l'état mental des héréditaires dégénérés, aux modalités suivantes : 1° Prédominance des facultés intellectuelles, état moral defectueux, dégénérés criminels; 2° Pondération régulière de l'état moral, nullité des aptitudes et des facultés intellectuelles proprement dites; 3° Equilibration apparente des facultés, mais defectuosités saillantes se manifestant à l'usage (application, effort, émotivité). Étant donnée cette conception des dégénérés, il n'y a pas lieu de s'étonner de voir leurs anomalies cérébrales se manifester dès l'enfance; ce sont des tares originelles qui se montrent aussitôt que s'éveille la vie psychique. L'auteur cite quelques cas observés avec M. Charcot sur l'inversion du sens génital et autres perversions sexuelles. Il décrit ensuite 6 cas de perversions morales et affectives d'une intensité exceptionnelle qu'il a observés dans son service du bureau d'admission des aliénés de la Seine. Il fait remarquer, qu'en face de ces monstruosité morales on ne trouve que des modifications presque imperceptibles dans la forme extérieure du corps et parfois même aucune trace de stigmates physiques. Les signes observés chez tous les psychopathes examinés sont trop inconstants pour constituer un type. Il faudrait, pour chaque cas, procéder à un examen clinique complet permettant d'arriver à un diagnostic positif, pour répondre aux exigences de l'enquête médico-légale et pour éclairer la conscience des magistrats. M. Magnan présente les photographies des enfants dont il a détaillé l'observation dans son rapport.

M. DARIFOL a étudié l'évolution de la forme de la tête chez l'enfant. En suivant le développement du crâne et l'évolution morale en même temps, il établit un dossier individuel comparatif intéressant à consulter.

M. MOTET. — La maison d'éducation correctionnelle de Paris contient des sujets de M. Magnan et d'autres qui ne relèvent pas de la pathologie. En 1874, sur 390 pensionnaires, on a compté 118 illettrés et la proportion se manifeste à peu près la même jusqu'en 1884. Ces enfants sont abandonnés par leur famille, et il est impossible d'avoir des renseignements sur leurs antécédents, si ce n'est d'eux-mêmes, ce qui est illusoire. En 1884, 227 n'ont pas reçu de visite. M. Motet fait appel à M. Herbet, pour que l'éducation soit donnée dans une large mesure. L'école doit être la base de leur régénération. Les colonies agricoles ne sont pas le *nec plus ultra* de l'éducation des jeunes détenus.

M. LOMBROSO explique l'origine de ses études sur la criminalité des enfants et cite Perez, Taine, Spencer. Il a constaté l'absence de sens moral chez l'enfant. L'enfant oublie; il s'attache facilement à une nouvelle nourrice; le chien n'oublie pas. L'enfant est cruel, voleur et enclin à la vanité (Lombroso a observé la vanité chez un enfant de 6 mois 1/2). Ce ne sont pourtant pas là des dégénérés. Il y a aussi des criminels dégénérés jeunes sans stigmates. L'influence de l'éducation est considérable. L'occasion peut faire de l'homme honnête un criminel. Les stigmates du criminel-né n'ont pas tous la même valeur: il y a des sous-genres. Mais, on ne dira pas, par exemple, que le crétin de l'Inde n'a pas les mêmes stigmates que celui d'Europe ou le crétin nègre, ni que le microcéphale diffère dans les mêmes régions. En examinant ensuite les photographies présentées par MM. Magnan et Brouardel, il leur trouve, à peu près à tous, les caractères de la criminalité.

M. GIAMPIETRO invite le Congrès à se prononcer par la voie du vote sur une proposition ainsi conçue: Le Congrès n'estime pas que les caractères anatomiques des criminels soient de nature à aider les recherches juridiques et législatives.

M. BROUARDEL fait observer qu'un vote émis au début du Congrès, a décidé, sur la proposition de M. Moleschott, que les questions scientifiques ne feraient pas l'objet d'un vote.

M. GAROFALO désire que le Congrès ait un résultat pratique et donne une base d'études pour le prochain Congrès. Il propose de charger une commission de l'examen, d'ici au prochain Congrès, de 100 criminels, assassins, voleurs et violents par tiers et de les comparer à un nombre égal d'hommes honnêtes.

M. BROUARDEL appelle l'attention et les recherches sur un type spécial d'enfants qu'on trouve à Lyon, dans les grandes villes en général et surtout à Paris où il l'a particulièrement observé. Il s'agit des cas si curieux de *féminisme* ou d'*infantilisme*. Ce type a déjà été décrit par Tardieu. Il relève de l'influence du milieu. Souvent, dans les ménages parisiens ou des grands centres, le petit gamin est le chef écouté de la famille; mais à un avancement précoce succède, vers 12 ou 13 ans, une agénésie avec atrophie des organes génitaux; le bassin s'élargit et le type devient celui de Ganimède. L'enfant est débauché, mais indifférent: là se recrutent les sodomistes. Ils sont frappés de véritable arrêt de développement. Le même fait s'observe dans nos lycées: on voit tout à coup les jeunes citadins rester en arrière et leurs camarades de la campagne les dépasser rapidement. Souvent, à ce moment, on observe des abcès du sein. M. Brouardel en a traité 115 sur 800 élèves. Fils de riches

comme fils d'ouvriers cessent de suivre la même piste ascendante. Cet arrêt de développement se localise sur certaines parties du corps, mais il atteint également le cerveau. Il y a là un fait important au point de vue de l'éducation et de la criminalité au moment de la puberté. Si l'éducation est bonne, elle les contient dans le bon chemin, sinon elle les abandonne sur la pente.

M. HERBETTE dit que le problème de l'enfance vicieuse est grave, mais très complexe. L'enfant, privé de sa famille, doit être placé sous la tutelle et l'autorité de la grande famille : l'État. L'éducation de l'enfant est un placement à longue échéance et l'État seul a la vie assez longue et suffisamment de forces pour le faire, soit par l'Assistance publique, soit — surtout pour l'adulte — par la répression. De là, nécessité de la tutelle jusqu'à 21 ans, car c'est à ce moment que le naufrage moral, surtout chez la femme, est le plus à craindre. Il faut faire de la prévention, de la prophylaxie. On utilise jusqu'aux défauts des détenus, par exemple, la vanité. — M. Herbette donne des détails sur les colonies pénitenciaires en France (6 pour hommes, 2 pour femmes). On y fait de l'orthopédie morale. « Ne laissez jamais penser à un enfant qu'il est condamné moralement parce qu'il a les caractères du mal? Vous n'avez pas le droit de condamner à la mort morale un homme ni surtout un enfant. » Dans la discussion qui en résulte on cite le fait d'une guérison d'onanisme chez les enfants à la suite d'une suggestion unique.

M. SEMAL (Mons) développe son rapport *sur la libération conditionnelle*. — La ruine de l'ancienne théorie qui se préoccupe avant tout du caractère et des circonstances de l'infraction et non de la personnalité du délinquant est près de s'achever. Aujourd'hui, le crime s'affirme comme un phénomène naturel qu'on peut surtout prévenir en l'étudiant dans ses causes sociales et individuelles. L'école positive moderne reconnaissant seule dans le délit un phénomène naturel, relevant de causes multiples et ne l'envisageant pas comme seul indice du pouvoir malfaisant de son auteur, c'est vers elle qu'il faut se tourner pour attendre la solution d'une question aussi importante. La nécessité d'un examen psycho-moral du délinquant s'impose comme seul moyen d'affirmer l'existence des sentiments sur lesquels on spéculait pour autoriser la libération ou ajourner la peine. La justice et la justesse d'une loi sur la libération conditionnelle sont destructives des errements juridiques et administratifs en matière de fixation et de réduction des peines et n'éclatent qu'à la faveur d'un corollaire logique : la détention conditionnelle. Cette détention, destinée à prévenir les récidives en attribuant une

plus haute valeur à la flétrissure morale attachée à une condamnation, tendra et réussira à fortifier l'estime de soi-même au cœur des délinquants fortuits, mais par contre constituerait une indulgence inutile et une épreuve dangereuse en faveur des délinquants instinctifs. Il est nécessaire d'établir une sélection parmi les prévenus tout autant que parmi les détenus, pour l'adaptation du traitement qu'ils auront à faire subir à leur nature même, à l'intensité et à la chronicité relative à la maladie morale dont ils sont atteints et au danger que leur contact comporterait, en se souvenant toujours que l'éloignement du milieu contaminateur et l'isolement du sujet contaminé sont les bases impérissables de toute bonne thérapeutique. La libération conditionnelle est, dans les cas douteux, la mesure la plus rationnelle à prendre pour autant que la mise en observation du délinquant se continue par les soins du patronage, garantie qui n'existerait pas si on attendait l'expiration de la peine. La relégation dans une colonie où le délinquant, incorrigible par système, retournera à un mode primitif d'existence, et la prison-asile, cette autre forme d'éloignement du milieu social, sont les deux corollaires logiques du principe moteur des lois sur la libération et la condamnation conditionnelles. Pour faire œuvre de discernement, la justice doit pouvoir s'inspirer d'une instruction complète, à laquelle l'élément scientifique prendra, à l'occasion, une part active. L'administration pénitentiaire aura la charge, plus lourde encore, puisqu'il lui incombe l'étude du délinquant et la fixation du moment propice à la libération. Ces deux considérations nécessiteront certaines modifications dans la procédure d'une part, et, de l'autre, l'organisation d'une inspection médicale des détenus. Pour sortir rapidement des obscurités empiriques, ces réformes exigent la diffusion d'un enseignement qui fait défaut jusqu'ici, la prison devant devenir, sous l'égide de la science médicale, le champ clinique du barreau et de la magistrature.

M. GAUKLER (Caen) dit qu'il ne faut pas perdre de vue le facteur sociologique du crime. — La discussion, se termine par la proposition de voter le vœu que l'enseignement des Facultés de droit comprenne l'anthropologie criminelle et que cet enseignement soit consacré par un examen facultatif. On voudrait en outre que le personnel des prisons ait des connaissances suffisantes en criminalogie.

M. ALVAREZ TALADRIZ (Madrid). — *La criminalité dans ses rapports avec l'ethnographie.* — Les races humaines ne sont pas encore sérieusement classées. Le type criminel est commun à toutes, avec des caractères ineffaçables et indestructibles qui ne sont point des inventions capricieuses de certains anthropologistes. L'étude

rétrospective — M. Charcot l'a inaugurée dans son *Iconographie de la Salpêtrière*, et M. Lombroso l'a indiquée dans son *Huomo delinquente*, — démontre la réalité de ce type. Les caractères sont, d'après M. Lacassagne : prognathisme, cheveux abondants et crépus, barbe rare, peau souvent brune et bistrée, oxycéphalie, développement des mâchoires et des os malaires, obliquité des yeux, petitesse du crâne, front fuyant, oreilles volumineuses et en anse, analogie entre les deux sexes, faiblesse musculaire; et ces signes, ajoutés aux résultats des autopsies, rapprochent le criminel européen de l'homme préhistorique ou du Mongol. Avocat, j'ai pu confirmer ces caractères de *clinique criminelle*. Mais si le crime commis par un individu préoccupe, celui d'une race ou d'une nation devra être l'objet d'une plus grande attention. Les petites modifications mentales produites chez chacun par l'atmosphère sociale, etc., s'additionnent, et dans un temps donné, peuvent métamorphoser entièrement le caractère d'un peuple ou d'une race. Ces influences mésologiques se confirment par l'histoire et peuvent effacer du caractère religieux et politique toute idée de moralité dans le sens qu'elle a aujourd'hui chez les peuples civilisés.

L'auteur parle de l'influence des races sur les grandes transformations politiques et sociales; il cite l'inquisition. Si nous étions absolument partisans de l'atavisme, nous pourrions affirmer que l'inquisition n'était que le résultat atavique des férociétés sanguinaires des forêts primitives de la Germanie. Il faut continuer l'étude du régionalisme criminel et l'Espagne s'y prête admirablement. La criminalité y diffère dans le nord et le midi ainsi que chez les mineurs du centre, par suite d'antécédents de races. Dans le royaume de Valence et dans les provinces andalouses, on retrouve les coutumes criminelles de la race arabe, souvenir des bandes Kabyles qui sont devenues associations ou *madrillas* de malfaiteurs. Ces pays du centre qui présentent une criminalité extraordinaire, sont habités par une race impulsée fatalement au crime, au vol et au pillage, pour des causes d'hérédité, de dégénérescence ou de situation géographique. En résumé : 1° les caractères physiologiques du type criminel se manifestent d'une manière uniforme et constante dans toutes les époques et dans toutes les races, sans autres variations que celles imposées par les circonstances accidentelles et externes de ces époques et races; 2° non seulement les conditions ethnographiques, climatologiques et géographiques, mais encore les conditions sociologiques, religieuses, économiques et politiques, influent sur le sens et sur le développement de la criminalité; 3° les grands délits commis par les races et nations doivent être l'objet d'une sanction, rédigée dans un code pénal international, où l'on tiendrait compte

dans sa rédaction des droits sacrés des nationalités considérées comme individus supérieurs de la sociologie moderne.

M. VAN HAMEL. — *Le système cellulaire au point de vue de la biologie et de la sociologie criminelles.*

Pour les délinquants d'occasion, le système cellulaire doit former le fondement de la peine qu'ils auront à subir. Il y a à considérer ensuite son application aux délinquants d'habitude incorrigibles et aux délinquants d'habitude corrigibles. La valeur du système, au point de vue de l'anthropologie et de la sociologie criminelles doit être jugée séparément : pour autant que ces trois catégories de délinquants sont condamnés pour délits contre la propriété et autres délits analogues dénotant un manque d'énergie sociale; pour autant qu'ils sont condamnés pour des délits qui dénotent plutôt un excès d'énergie criminelle, pour violences contre les personnes, délits contre l'autorité publique. Si, pour les délinquants d'occasion le système cellulaire doit être le fondement de la peine privative de liberté, pour les délinquants d'habitude incorrigibles, une courte détention cellulaire peut servir pour une période d'observation et d'examen ultérieur; mais pour le reste du temps de la peine, le système n'a de valeur qu'autant qu'il sert à isoler le dangereux. Pour la troisième catégorie, la détention cellulaire n'a qu'une valeur relative et ne se recommande que dans une mesure limitée : pour l'observation et l'examen ultérieur, pour combattre le penchant antisocial, pour prévenir une corruption ultérieure, en général comme commencement rationnel d'un système progressif. La détermination de la durée maxima doit être le fruit d'expériences dans chaque pays. Les résultats du combat contre le penchant des délinquants d'habitude ne dépendront pas moins du traitement des détenus sous le régime cellulaire, que de ce régime en lui-même. Dans tous les cas, il faudra exclure de la détention cellulaire ceux pour qui, au point de vue physique ou psycho-pathologique, elle serait nuisible, selon l'avis médical. Pour comprendre l'influence psychique de la cellule, il faut connaître l'état psychique de l'individu. Les courtes peines engendrent plus souvent la démence, donc ce n'est pas la cellule, mais la nature de l'individu qui en est cause.

M. SEMAL appuie les conclusions de M. van Hamel par des chiffres tirés des statistiques belges. Dans les prisons belges sur 900,000 détenus on a observé 517 cas de folie soit 57 p. 100,000 après correction; or la population accuse 147 p. 100,000 d'aliénés, il s'en suit qu'on aurait tort d'incriminer la détention cellulaire comme cause de folie. Sur 270 malades des asiles, il y avait 50 dégénérés, 84 relevant de la pathologie psycho-morale, etc.

M. MOLESCHOTT dit que M. Van Hamel nous a bien fait voir l'influence du premier effet de la détention, du choc initial. Il compare cette influence à la chaleur intermittente sur la croissance des tissus cornés. Il a remarqué que ces tissus (poils, cheveux, ongles) ont une croissance plus rapide au printemps que dans d'autres saisons et qui est due à un « choc » calorifique.

M. GAROFALO fait voter un vœu qu'une commission permanente de trois anthropologues soit chargée d'une enquête, dont les résultats seront présentés au prochain Congrès, sur 100 criminels au moins, violents et voleurs par tiers, comparés à un nombre égal d'individus honnêtes. Cette proposition ne se confond pas avec une autre qui a pour but de nommer une commission de contrôle pour examiner les matériaux d'étude physique et psychique recueillis sur les criminels. M. MANOUVRIER craint qu'en opérant sur des vivants et chacun dans son pays, on n'arrive pas à des conclusions scientifiques de grande valeur.

G. CAPUS.

(*Le Progrès médical.*)

Bibliographie

Psychopathia sexualis. Eine klinische-forensische Studie von
D^r V. KRAFFT-EBING. Vierte Auflage, 1889.

La « *Psychopathia sexualis* » en est à sa 4^{me} édition. L'édition nouvelle ne diffère guère de ses aînées que pour ce qui regarde *l'inversion de l'instinct sexuel* (Contraire ou pour nous servir du terme nouveau adopté par l'auteur *homo-sexual Empfindung*). Ce chapitre est entièrement remanié et enrichi d'un grand nombre d'observations nouvelles. Nous avons déjà longuement exposé quelles sont au sujet de cette singulière aberration les idées personnelles de von Krafft. Contrairement à l'opinion de Westphal qui avait le premier décrit cette affection, l'auteur admet avec Tarnowsky et d'autres observateurs que l'inversion de l'instinct sexuel n'est pas toujours une affection congénitale, qu'elle peut même apparaître d'une façon tout-à-fait temporaire soit comme état idiopathique, soit comme épiphénomène d'une psychose générale. D'après cela, l'auteur établit 2 grandes divisions : 1° les cas où l'inversion est acquise; 2° ceux où elle est congénitale. Dans cette deuxième division, il établit encore plusieurs classes suivant que l'impossibilité de relations sexuelles normales est absolue ou relative, suivant que l'observation reste limitée au domaine de la vie sexuelle ou que les sentiments, les goûts, les occupations et même les caractères physiques participent à la métamorphose (*Hermaphrodisme psychique — homosexuels ou urminges — effémination et viraginité — androgynie et gynandrie*).

Dans les cas où l'aberration de l'instinct sexuel est acquise, l'auteur insiste plus que dans ses précédentes éditions sur l'importance qu'il faut accorder dans la genèse de la maladie aux habitudes de masturbation et à la neurasthénie sexuelle qui en est la suite. Comme moyens de traitement, il indique outre les moyens hygiéniques généraux, hydrothérapie, faradisation générale, etc., les suggestions hypnotiques dont il aurait obtenu de bons résultats.

A la fin de son ouvrage l'auteur revient encore sur l'inversion de l'instinct sexuel à propos des questions de médecine légale. Tout en reconnaissant que les individus atteints de cette infirmité ne sont pas par cela même irresponsables dans le sens légal du mot, il

insiste cependant pour qu'on reconnaisse le caractère morbide de leurs actions et pour qu'on soit plus disposé à les plaindre qu'à les mépriser ou à les punir.

D^r DERODE.

L'exécution des criminels par l'électricité. — Rapport de la Commission nommée par la Société médico-légale de New-York (*Medico-Legal Journal*, déc. 1888).

On sait que la législature de l'État de New-York a voté une loi décrétant l'exécution des criminels par l'électricité. Cette loi entra en vigueur le 1^{er} janvier dernier.

Le mode d'application de ce nouveau procédé d'exécution a nécessité certaines études et expériences préliminaires.

La Commission nommée par le Gouvernement pour rechercher un moyen de donner la mort d'une manière plus humaine que par la pendaison s'était décidée pour l'électricité. Elle institua une série d'expériences sur les chiens qui démontrèrent que l'électricité produisait la mort d'une manière sûre et instantanée. Dans ces expériences l'animal était placé dans une boîte doublée de zinc à moitié remplie d'eau, en rapport avec l'un des pôles du courant; l'autre pôle, sous forme d'un fil métallique était enroulé autour du nez ou introduit dans la bouche. Le rapport ne dit rien de la nature du courant employé. Cette méthode s'est montrée efficace mais a paru inapplicable à l'homme.

D'autres expériences, faites par le D^r J. Mount-Bleyer sur des chiens au laboratoire d'Edison, par MM. Harold P. Brown, Kenelly et le D^r Frederik Peterson, ont donné les résultats suivants :

La résistance des chiens variait de 3,600 à 200,000 Ohms d'après la différence d'épaisseur de la peau et de la couche de poils, et aussi du degré d'humidité entre la peau et les électrodes. La quantité de force électro-motrice fut déterminée avec soin et on reconnut qu'avec les courants induits il suffisait de 160 volts tandis qu'avec un courant constant il fallait une quantité d'électricité beaucoup plus forte pour produire la mort.

Pour appliquer à l'homme le résultat de ces expériences, il y avait plusieurs points à considérer. La résistance moyenne du corps humain doit être estimée à environ 2500 Ohms; sa plus grande résistance réside dans la peau. Il en résulte que plus la surface de l'électrode appliqué sur le corps sera grande plus la résistance sera petite. La densité du courant sera également en raison inverse de la surface de l'électrode.

L'immersion du corps dans l'eau ou l'application de larges plaques métalliques doit être rejetée. D'autre part il est notoire que si le métal est directement appliqué sur la peau, il se produit souvent des

*

brûlures ou des plaies. Aussi la Commission a-t-elle jugé que tous les procédés indiqués sont susceptibles de critiques.

La position du condamné devait aussi être prise en considération; il y a de sérieuses objections à l'emploi de tout appareil nécessitant la position debout. La position assise ou couchée a été préférée. L'un des pôles était mis en contact avec la tête; l'autre pouvait être placé sur n'importe quelle partie du tronc ou des extrémités, mais pour des raisons majeures il est préférable de choisir le voisinage de la moëlle épinière. Le courant électrique qui traverse le corps d'un pôle à l'autre subit plus ou moins de diffusion à travers les tissus; un courant passant du sommet de la tête au dos se répandra sur une grande partie du cerveau et dans tous les tissus du cou; la moëlle allongée et tous les nerfs du cou qui innervent le cœur et les poumons seront traversés par le courant. Comme le siège de la conscience est le cerveau et en particulier l'écorce cérébrale, il est clair que cette faculté sera immédiatement abolie si le courant est assez fort. Le courant, allant du pôle positif au négatif, il pouvait y avoir avantage à placer le pôle positif sur le vertex, le plus près possible du centre de la conscience, quoique dans tous les cas il n'est pas douteux que la mort aurait été immédiate.

Après mure délibération, on s'arrêta au procédé suivant :

« On se servirait d'une forte table ou d'une forte chaise ayant des trous le long des bords pour passer les liens. Le condamné couché sur le dos ou assis serait fortement attaché; l'un des pôles serait inséré sur la table ou dans le dossier de la chaise de manière à atteindre la colonne vertébrale entre les deux épaules; la tête serait immobilisée à l'aide d'une espèce de casque, et à celui-ci serait attaché l'autre pôle qui viendrait presser fortement le sommet de la tête. Les rhéophores pourraient être conduits au dynamo à travers le sol, et l'appareil destiné à fermer le circuit serait adapté au mur. Les électrodes seraient métalliques d'un diamètre de 1 à 4 pouces et garnis d'une éponge ou d'une peau de chamois. Les pôles, la peau et les cheveux au point de contact seraient humectés d'une solution chaude de sel marin. Un générateur d'une force électro-motrice de 3000 volts serait employé, et le courant aurait une puissance de 1000 à 1500 volts. Le courant serait interrompu avec alternances de 300 par seconde au moins; après 15 à 30 secondes il produirait la mort. »

M. Elbridge E. Gerry, président de la Commission du gouvernement, suggéra l'idée d'opérer la fermeture et la réouverture du circuit à l'aide d'un mouvement d'horlogerie. Une machine à vapeur de 3 chevaux avec générateur électro-dynamique de type alternant suffirait pour fournir la quantité d'électricité nécessaire.

Dr DE RODE.

*Sixth Report of the State Committee on Lunacy on the com-
monwealth of Pennsylvania.* — Septembre, 1888.

Après avoir fait l'histoire des asiles publics d'aliénés dans l'État de Pennsylvanie, le rapport constate les progrès accomplis dans ces derniers temps et grâce auxquels presque tous les indigents aliénés ont pu être placés dans des asiles de l'État. Malgré l'encombrement de tous ces asiles, l'état sanitaire a été très satisfaisant. La mortalité a été de 7,90 p. c. sur tous les malades traités, de 10,51 sur la population moyenne des établissements. Il y a eu dans les cinq établissements de l'État : admissions 1523 ; sorties 1173 ; population des asiles 4572. Augmentation sur l'année précédente de 350 malades.

Les moyens de contrainte ne sont plus employés que d'une manière exceptionnelle. A la fin de l'année il n'y avait dans tous les asiles aussi bien publics que privés, et sur une population totale de 5,811 malades que 52 personnes soumises à des moyens de contrainte (25 H. et 27 F.). Le prix d'entretien des malades indigents y est d'environ fr. 17,50 par semaine. Ce prix ne comprend pas l'habillement qui n'excède pas 50 cents par semaine.

Le rapport insiste longuement sur la nécessité de créer un asile spécial pour les aliénés criminels. Après avoir exposé les inconvénients de la promiscuité de cette espèce de malades avec les autres pensionnaires de l'asile, la Commission demande la création d'un établissement où seraient reçus : 1° les aliénés dangereux qui ont commis un crime de meurtre, brigandage, etc. ; 2° ceux qui étant accusés de ces crimes, simulent la folie ou présentent des symptômes de nature à faire douter de leur état mental et qui doivent être tenues en observation par les experts ; 3° ceux qui ont été acquittés de ces crimes en raison de leur état d'aliénation mentale ; 4° ceux qui s'étant rendus coupables de ces crimes deviennent aliénés avant le jugement ou pendant le procès ; 5° ceux qui sont devenus aliénés pendant leur emprisonnement et qui après l'expiration de leur peine ne peuvent sans danger être remis à leurs parents ou amis ; 6° les condamnés dont l'état d'aliénation mentale aura été reconnu.

La Commission s'est demandé s'il n'y avait pas lieu de renvoyer des asiles les aliénés chroniques reconnus incurables. Elle a fait à ce sujet une enquête dans les divers établissements et il a été reconnu qu'aucun des malades ne pouvait sans inconvénient être renvoyé dans un hôpital ou un hospice.

Le rapport constate les efforts accomplis pour fournir aux pensionnaires des différents asiles des occupations agréables et des distractions variées. Il cite à ce propos l'heureuse innovation intro-

duite par le Dr M. Wethnill qui donne à ses malades des leçons de botanique avec herborisations, etc. Il se loue de la construction d'infirmes pour les aliénés infirmes et aussi de la rélégation dans des annexes séparées des épileptiques et des déments. Il dit que l'on a retiré de grands avantages de la construction de grands réfectoires où malades et surveillants prennent ensemble leurs repas.

Une nouveauté qui paraît avoir donné de bons résultats, c'est la nomination de femmes médecins dans les quartiers des femmes. A l'asile d'Hanibourg, M^{me} Jane Garver occupe depuis 1883 les fonctions de médecin à la grande satisfaction des malades et de la Commission de surveillance. Les administrateurs de l'asile public de Noristown, en ouvrant leur établissement en 1880 ont décidé d'adopter le système de la division du service médical, en plaçant à la tête du quartier des hommes un médecin et à la tête de celui des femmes une femme médecin. Le rapport insiste encore sur l'utilité qu'il y a à décharger les médecins des asiles publics de tous devoirs autres que leurs devoirs professionnels et à confier à d'autres fonctionnaires toute la besogne administrative des établissements.

La Commission publie ensuite les rapports détaillés des cinq asiles du gouvernement et les rapports des asiles privés; puis il s'occupe des aliénés soignés dans les maisons de refuge ou chez des particuliers. Il établit enfin un certain nombre de tableaux statistiques sur la population des asiles, les entrées et les sorties, les occupations des malades dans les asiles, les causes de la maladie, etc.

Dr DE RODE.

Du traitement des aliénés dans les familles, par le Dr CH. FÉRÉ, médecin de Bicêtre (Félix Alcan, Paris, 1889).

En 1862, la question du patronage familial des aliénés fut discutée au sein de la Société médico-psychologique de Paris, mais l'opinion dominante en France était et est encore que la colonie de Gheel était inimitable. Depuis cette époque néanmoins, la Belgique, créa en 1884, la colonie de Lierneux et non sans avantages.

Notre honoré collègue, M. Féré, convaincu de l'utilité et de la nécessité de créer des colonies d'aliénés en France, vient d'étudier cette question d'une manière très approfondie en se basant sur ce qu'il a vu, de ses propres yeux, en Belgique et en Écosse.

Dans la première partie de son travail, l'auteur décrit les avantages de l'assistance des aliénés dans les familles en s'appuyant sur les résultats fournis par les colonies belges, écossaises et américaines.

Il cite encore à l'appui de sa thèse le beau travail du très compé-

tent D^r Batty Tuke, publié au mois d'avril dernier (1), et les autorités psychiatriques les plus compétentes sur la matière, Hack Tuke (2) et autres.

Passant en revue l'organisation des colonies de Gheel et de Lierneux ainsi que des systèmes écossais et américain, avec les avantages et les inconvénients qui s'y rattachent, M. Féré examine les conditions dans lesquelles ce mode d'assistance économique peut être applicable en France, les qualités requises par les administrateurs et les gardes-malades qui font partie de ces colonies, les soins que les aliénés devraient y recevoir, etc. Il nous prouve enfin que le système familial est applicable non seulement aux classes aisées mais encore aux aliénés pauvres incurables et inoffensifs.

Le nom de l'auteur trop connu non seulement en France mais encore à l'étranger, pour en faire l'éloge, mérite cependant d'être appelé une nouvelle fois à l'attention des autorités de son pays.

M. Féré chargé de l'organisation du système familial, ne tarderait pas de donner à la France des colonies qui au bout de peu de temps rivaliseraient avec celles des autres pays. Son beau travail en est la preuve.

J. M.

Zwölf Vorlesungen über den Bau der nervösen Centralorgane, für Aerzte und Studierende, von D^r LUDWIG EDINGER, 2^e Umgearbeitete Auflage (Fr. C. W. Vogel, Leipzig, 1889).

Il y a peu de mois que la première édition de cet ouvrage reçut l'honneur d'une traduction française. La deuxième édition allemande que nous avons devant nous diffère notablement de celle publiée il y a à peine quatre ans. Les découvertes nouvelles faite depuis cette époque sont bien nombreuses, spécialement pour ce qui concerne l'histologie et l'histogenèse, et ont obligé l'auteur de remanier complètement les chapitres qui traitent de cette question. Il en est de même au sujet de l'anatomie de l'oculo-moteur commun, de l'acoustique et du trajet des fibres médullaires. Le D^r Edinger a également ajouté à son ouvrage un chapitre sur l'anatomie comparée des centres nerveux.

Les modifications si importantes apportées à cet ouvrage n'ont pas eu heureusement pour conséquence une augmentation de son volume.

L'auteur, au fur et à mesure qu'il se trouvait dans l'obligation

(1) *Lunatics as patients, not prisoners* (Nineteenth Century, 1889).

(2) *Boarding out of pauper lunatics in Scotland* (*Journ. of ment. Science*, 1889).

d'ajouter des faits nouveaux, s'est efforcé de condenser le reste de son texte sans nuire à la clarté de son œuvre. Cette qualité se rencontre rarement chez les auteurs; c'est que le D^r Edniger non seulement tient d'une manière absolue à se faire lire mais encore à contribuer, d'une manière très sérieuse, à la divulgation de la connaissance de la texture des centres nerveux. Aussi n'hésitons-nous pas à dire que son procédé de description est supérieur à tous ceux qui nous sont connus et que grâce à de splendides gravures, toutes originales, au nombre de 133 (32 de plus que dans la précédente édition), il permet le lecteur de s'assimiler cette science avec la plus grande facilité. C'est assez dire que nous le considérons comme le seul ouvrage de ce genre à recommander à tous ceux qui s'occupent de la spécialité des maladies du système nerveux. J. M.

Traité pratique des maladies mentales, par le D^r A. CULLERRE, directeur-médecin de l'asile d'aliénés de La Roche-sur-Yon (Paris, J.-B. Baillière et fils, 1890).

L'auteur de cet ouvrage n'est pas un inconnu sur le terrain de la médecine mentale. Déjà en 1873 la Société médico-psychologique lui accorda le prix Esquirol (médaille d'or) pour son *Étude clinique de la lypémanie stupide ou mélancolie avec stupeur*. Depuis ce moment, l'auteur se livra avec ardeur aux études de la psychiatrie et nous pourrions presque dire qu'il ne passa plus d'année sans nous doter d'un nouveau travail. Nous citerons parmi ses derniers travaux son *Étude sur le magnétisme et l'hypnotisme* (1887), son *Nervosisme et névroses* (1887) et *Les frontières de la folie* (1888).

Le travail actuel a été préparé de longue main; il suffit d'y jeter çà et là un coup d'œil pour se convaincre que le D^r Cullerre a voulu faire une œuvre à la portée non seulement des médecins aliénistes mais de tout médecin praticien. Chaque page trahit l'effort de la concision et de la clarté, nous donne la preuve qu'il a compulsé au moins toute la littérature médico-psychologique française depuis Pinel et Esquirol. Aucune œuvre de ses contemporains français ne lui a échappé; on y rencontre les travaux de Lasègue, Baillarger, Charcot, Falret, A. Voisin, Magnan, Luys, Bourneville, Ritti, Christian, Régis, et tant d'autres encore qui illustrent aujourd'hui l'Ecole française. Aussi l'œuvre de M. Cullerre figurera-t-elle avec honneur à côté des autres travaux classiques qui ont paru dans ces dernières années.

Nous avons été heureux de rencontrer dans ce travail les modifications que réclament les progrès de la médecine mentale et que

nous rencontrons également dans les derniers travaux publiés en Allemagne par von Krafft-Ebing, Schüle, Emminghaus, Kräpelin et Salgo, et en Angleterre par Savage, Hack-Tuke et Blandford. Le Congrès international de médecine mentale, tenu à Paris au mois d'août, a adopté pour les besoins des statistiques un tableau des formes morbides et la classification adoptée par M. Cullerre, à part le groupe de la folie héréditaire, se rapproche de ce tableau. Pour ce motif seul, tous les médecins d'asiles chargés de travaux statistiques s'empresseront d'en faire l'acquisition.

Les chapitres qui traitent de l'étiologie et du traitement des maladies mentales présentent un intérêt tout spécial pour le débutant en psychiatrie. L'auteur y a consacré un soin tout particulier et montré toute l'importance qu'on doit attacher à la recherche des causes prédisposantes ou occasionnelles pour pouvoir instituer une thérapeutique rationnelle.

L'œuvre de M. Cullerre se termine par deux chapitres sur la médecine légale et la législation des aliénés. Le praticien y trouvera d'excellentes indications, sous une forme très condensée et qui le guideront à coup sûr dans toutes les difficultés qu'il pourrait rencontrer à ce sujet.

J. M.

Les sensations internes, par H. BEAUNIS, professeur de physiologie à la faculté de médecine de Nancy, directeur du laboratoire de psychologie physiologique à la Sorbonne (Paris, Félix Alcan, 1889).

Le travail du savant directeur de psychologie physiologique à la Sorbonne est marqué d'une profonde originalité. Il comprend toutes les sensations qui arrivent à la conscience par un autre voie que les cinq sens spéciaux. L'auteur se trouve ainsi amené à examiner les manifestations suivantes : la *sensibilité organique*, c'est-à-dire la sensibilité des tissus et des organes à l'exclusion des organes des sens; les *besoins* (besoins d'activité musculaire, d'activité psychique, besoins en rapport avec les fonctions digestives et avec les différents autres appareils, les besoins de sommeil et de repos, etc.); les *sensations fonctionnelles* (digestives, respiratoires, circulatoires, sexuelles); le *sens de l'existence*, les *sensations émotionnelles*, les *sens de l'orientation*, de la *durée*, de la *pensée*, les *sens magnétique*, *météorologique* et finalement deux chapitres traitant de la *douleur* et du *plaisir*.

C'est un ouvrage unique en son genre et qui se prête difficilement à l'analyse tellement les matériaux qui y sont traités sont

nombreux. De plus le professeur Beaunis essaie de résoudre la plupart de ses questions par la voie expérimentale ce qui rehausse considérablement la valeur de son œuvre. L'énoncé des principaux chapitres que nous venons d'énumérer suffira néanmoins pour se donner une idée de l'importance du travail et du vaste champ ouvert à la psychologie physiologique.

Les médecins aliénistes trouveront dans ce travail une excellente introduction à l'étude de la psychiatrie. La psychologie physiologique est une science à peine naissante mais appelée à un grand avenir grâce à la création de laboratoires spéciaux dans la plupart des pays. Celle de la chaire du Collège de France donnée à M. Ribot, montre l'importance de ces études et la place qu'elles ont acquises dans l'enseignement.

J. M.

BULLETIN
DE LA
SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MENTALE
DE BELGIQUE.

N° 55. — Décembre 1889.

Société de Médecine mentale de Belgique.

—

Procès-verbal

de la séance ordinaire tenue au Palais de l'Université à
Bruxelles, le samedi 26 octobre 1889

Sous la présidence du D^r DE CRAENE. — D^r JUL. MOREL, Secrétaire.

La séance est ouverte à deux heures et demie en présence de MM. Boddaert, Cuylits, De Boeck, De Craene, D'Heygere, Houzé, Lefèvre, Lentz, Morel, Moulaert, Peeters, Stobbaerts, Vermeulen et Wibo.

MM. Lefebvre, Masoin et Desguin s'excusent de ne pouvoir assister à la séance.

—

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

1° Des lettres de remerciements de la part de MM. Cullerre, Finlay, Kornfeld, Luys, Ritti, Salgó, Schüle et à l'occasion de leur nomination comme membres de la Société de Médecine mentale;

2° Une lettre de M. le D^r Cabred, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Buenos-Ayres, sollicitant le titre de membre associé.

TRAVAUX IMPRIMÉS.

Il a été fait hommage à la Société des travaux suivants :

1° De la part de M. Clark Bell : *Papers read before the medico-legal Society of New-York from its organisation*, 3^e édition ;

2° De la part de M. Ruysch, inspecteur des asiles d'aliénés de Hollande : *Verslag van de Inspecteurs van het Staats-toezicht op krankzinnigen, over 1888*.

Des remerciements sont votés aux auteurs et M. Lentz est prié de faire l'analyse du dernier travail.

—

MEMBRE NOUVEAU.

M. le Dr Tournay, médecin de la Maison de Santé de Schaerbeek, ayant obtenu l'unanimité des voix, est proclamé membre titulaire de la Société.

—

RAPPORTS DE CANDIDATURES.

Le Dr TALCOTT, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Middletown depuis treize ans, publie tous les ans un rapport volumineux sur la situation de son établissement. M. Morel, qui a pu examiner les trois derniers rapports, constate que ces travaux présentent un intérêt tout spécial. Le Dr Talcott ne se borne pas à un simple travail statistique; il y joint chaque année un ou plusieurs travaux personnels de nature scientifique ou administrative. Ainsi, depuis 1886, il publia les mémoires suivants :

1° *Les avantages du traitement au début de l'aliénation mentale* ;

2° *Guide dans l'examen des aliénés*, spécialement à l'usage des familles et des médecins qui désirent procéder à la collocation d'un aliéné ;

3° *Rapport sur le meilleur système d'égout à construire dans son asile* ;

4° *Le traitement des aliénés au lit* ;

- 5° *Note sur la paralysie générale progressive ;*
- 6° *Sur les causes de l'aliénation mentale ;*
- 7° *Sur l'augmentation de la population dans les asiles ;*
- 8° *Les devoirs du personnel des asiles en cas d'incendie ;*
- 9° *Rapport sur la colonie de Gheel* et reproduction en anglais du dernier travail de notre collègue M. Peeters ;
- 10° *Idées sur la construction d'un asile ;*
- 11° *Étude sur la revision de la législation des aliénés.*

Telle est une faible idée des titres acquis par M. Talcott qui est également un collaborateur de l'*American Journal of Insanity* et du *Journal of the medico-legal Society of New-York*. M. Morel estime que ces titres sont suffisants pour mériter les suffrages de nos membres.

Au dernier Congrès de Médecine mentale tenu à Paris, plusieurs de nos délégués ont eu le bonheur de faire la connaissance de MM. BOURQUE, professeur de clinique des maladies mentales à Montréal (Canada) et A. VALLÉE, professeur à l'Université de Québec (Canada) et médecin en chef de l'asile d'aliénés de cette ville. Ces honorés collègues se sont intéressés d'une manière toute spéciale aux travaux de la Société de Médecine mentale de Belgique et nous ont promis leur collaboration; en même temps ils ont exprimé le désir d'être admis au nombre de nos membres associés.

M. le Dr MAERE, récemment nommé médecin de l'asile d'aliénés de St-Jean-de-Dieu à Gand, sollicite son admission comme membre titulaire de la Société. Notre honoré confrère a déjà fourni plusieurs travaux à la Société de Médecine de Gand; il est un ancien assistant à l'Université de cette ville. En l'admettant dans son sein, la Société espère trouver en lui un nouveau collaborateur.

Conformément au règlement le vote sur ces candidatures aura lieu dans la prochaine séance de janvier.

M. Peeters propose ensuite la candidature de M. le docteur BAJENOFF, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Riazana. Dans la prochaine séance il présentera le rapport sur cette candidature.

RAPPORTS ET ANALYSES D'OUVRAGES.

M. Lentz lit l'analyse du travail du Prof. von Krafft-Ebing : *Majestätsbeleidigungen. Sinnesverwirrung (Krankhafte Bewusstlosigkeit) auf Grundlage von Neurasthenie*. Ce travail figurera dans le prochain Bulletin.

M. Boddaert fait ensuite l'analyse des travaux du Dr Miraglia qui avaient été envoyés à son examen. La Société décide qu'elle sera insérée dans le prochain Bulletin.

M. Boddaert présente enfin un rapport sur l'examen de quelques livraisons d'une publication nouvelle « *Bulletino della reale Accademia medica di Roma*. » Elles renferment des travaux intéressants et variés dont quelques-uns se rapportent à la pathologie nerveuse. M. Boddaert estime que la Société n'aurait qu'à gagner en établissant des relations plus étroites avec nos confrères de l'Italie et propose d'accepter l'échange de ce Bulletin avec nos publications. — L'échange est accepté.

COMPTE-RENDU DE LA GESTION FINANCIÈRE DU
TRÉSORIER.

M. Morel fait connaître à la Société que les dépenses de la Société se sont considérablement accrues depuis 1888, spécialement en raison de l'augmentation de volume du Bulletin et de l'augmentation de son tirage. L'année néanmoins se termine par un boni de fr. 2,943-43.

ELECTION DU VICE-PRÉSIDENT ET DU SECRÉTAIRE-
TRÉSORIER POUR 1890.

M. le Dr Rich. Boddaert, professeur de clinique des maladies du système nerveux à l'Université de Gand, ayant obtenu la majorité des voix, est proclamé Vice-Président de la Société. (*Applaudissements.*)

Sur la proposition de M. le Président, M. Morel est réélu dans ses fonctions par acclamation.

COMMISSION

Chargée de « l'étude des bases d'une bonne statistique internationale. »

M. Morel fait connaître qu'il a lu au Congrès de Paris son rapport sur le classement des maladies mentales dans le but de faciliter la préparation d'une statistique internationale des aliénés. Le projet de groupement présenté par la Société de médecine mentale de Belgique a été accepté. Il demande à la Société de pouvoir continuer les relations avec les délégués de la Commission internationale afin de terminer l'œuvre commencée au Congrès de phrénatrie d'Anvers. — Adopté.

DISCUSSION

Sur le « Formulaire à construire pour l'examen des aliénés. »

En raison des divergences d'opinion qui existent encore entre MM. Cuylits et Houzé au sujet de la partie anthropométrique de cet examen, la Société prie ces honorables membres de bien vouloir s'entendre au sujet des propositions définitives qu'ils désireraient formuler. Ils promettent de terminer leur travail pour la prochaine séance.

DISCUSSION

Sur « l'assistance des épileptiques non aliénés. »

Cette question étant à l'ordre du jour de l'Académie royale de Médecine de Belgique, il est décidé que cette discussion sera remise jusqu'au moment où ce corps savant aura émis son avis.

La séance est levée à quatre heures et quart.

La prochaine séance aura lieu à Bruxelles le 25 janvier 1890.

Le Président,

D^r DE CRAENE.

Le Secrétaire,

D^r JUL. MOREL.

L'HYDROTHERAPIE

DANS

LES MALADIES MENTALES

PAR

Le Dr JUL. MOREL, membre titulaire.

L'hydrothérapie et l'électrothérapie sont deux parties de la thérapeutique qui sont relativement peu enseignées dans notre pays. Au moins ce que l'on en enseigne dans nos universités doit être tellement élémentaire et insuffisant que nous ne connaissons jusqu'ici, chez nous, aucun praticien qui au début de la pratique médicale oserait sérieusement faire l'application de l'eau ou du courant électrique. Les rares établissements belges où l'on pratique sérieusement l'hydrothérapie, sont dirigés par des médecins qui ont dû recourir aux universités étrangères pour s'assimiler les notions voulues dans leur spécialité. Encore regrettons-nous que ces honorés collègues soient si peu connus et si peu appréciés, soit par ignorance, soit parce qu'ils ont osé s'affranchir de la pratique courante.

Une expérience, heureusement suffisante, vient confirmer tous les jours la nécessité de ces établissements spéciaux; nous pouvons dire aujourd'hui qu'ils s'imposent. Celui qui a pu visiter sérieusement les cliniques spéciales de nos universités étrangères, et spécialement celles des maladies nerveuses et mentales, a pu se convaincre de l'insuffisance de nos ressources dans le traitement de ces maladies, surtout à domicile. Les établissements spéciaux disposent de ressources spéciales et

possèdent tout ce qu'il faut pour répondre aux multiples indications qui peuvent se présenter dans les affections du système nerveux. Nous n'y comprenons pas nos asiles d'aliénés qui généralement ne sont pas tenus au courant des découvertes scientifiques de notre époque.

En préparant le présent travail, nous aurions aimé présenter une étude complète du traitement des maladies nerveuses et spécialement des maladies mentales par l'hydrothérapie. Mais dans le cours de notre étude, nous avons été frappé de la vaste étendue de la matière et surtout du grand nombre de procédés opératoires dont dispose le traitement hydrothérapique. Nous aurions dû nous occuper d'une manière détaillée, ne fut ce que pour faire ressortir la différence qui existe entre les procédés opératoires, de ce que nous appellerons l'École allemande et l'École française. Cette description jointe à celle de l'action, physiologique et des applications thérapeutiques de ces différents procédés, nous aurait entraîné trop loin et notre travail aurait excédé les limites que nous lui avons assignées. Ce que nous présenterons sera nécessairement incomplet. Le lecteur n'y perdra rien puisque nous aurons bientôt la grande faveur d'être honoré d'un travail analogue, sur la même matière, dû à la plume du plus savant de nos hydrothérapeutes modernes, de M. le Dr Winternitz, professeur à la faculté de médecine de l'université de Vienne et directeur du célèbre institut hydrothérapique de Kaltleutengebén. Nous avons devant nous ses différents travaux ⁽¹⁾ dont le dernier date de 1888 ; mais les matériaux à y recueillir étaient tellement épars et les applications thérapeutiques qui nous concernent relativement si peu consignées que nous avons préféré attendre le travail qu'il nous a promis pour mettre le lecteur au courant de ses opinions personnelles.

Parmi les différents travaux qui existent en France sur

(1) *Die Hydrotherapie auf physiologischer und klinischer Grundlage*, 1880. — *Hydrotherapie*, 1881. — *Hydrotherapie*, in *Real-Encyclopédie der gesammten Heilkunde*, vol. XVII, 1889.

l'hydrothérapie nous devons mentionner d'une manière toute spéciale ceux de Beni-Barde ⁽¹⁾, qui peuvent être considérés comme occupant un des premiers rangs parmi les ouvrages similaires. Dans le cours de notre étude nous verrons que le chef de l'école hydrothérapique en France recommande d'une manière toute spéciale les douches sous les formes les plus différentes et qu'avec leur concours il obtient des résultats aussi brillants que les hydrothérapeutes allemands avec leurs autres procédés opératoires. Les douches, il les modifie d'après la durée, la température, la force de projection et la localisation, ce qui lui permet de répondre aux indications multiples : d'exciter le système nerveux à différents degrés, de pouvoir diminuer progressivement la température, de provoquer la contraction et la dilatation des vaisseaux, de modifier la distribution du sang, d'exercer une action sur le cœur, la respiration, etc.

Avant d'énumérer les maladies mentales qui sont susceptibles d'un traitement hydrothérapique, nous voulons présenter un court aperçu sur les propriétés physiologiques de l'eau et les applications thérapeutiques qui en découlent. Nous démontrerons ainsi qu'il n'arrive que trop souvent que les médecins aliénistes reprochent aux établissements hydrothérapiques de n'y utiliser que les procédés froids, et par conséquent stimulants, et d'aggraver ainsi la plupart des troubles que l'on rencontre chez les névropathes. L'exclusivisme d'autrefois n'y règne plus et même, pour le traitement des maladies du système nerveux, en dehors de l'eau froide, on utilise encore ce véhicule à toutes les températures et nécessairement suivant la réceptivité du malade et l'évolution de son affection.

Et en dehors des avantages d'un traitement rationnel et bien dirigé le malade y rencontre encore cet énorme avantage d'avoir quitté son milieu habituel où s'était développé le

(1) *Traité théorique et pratique de l'hydrothérapie*, 1875. — *Manuel médical d'hydrothérapie*, 1878.

germe de sa maladie et où son traitement était resté inefficace. Dans cet établissement spécial, il se trouve presque complètement abandonné à lui même; il y fait parfois de grands sacrifices de temps et d'argent pour atteindre le but qu'il se propose; il se livre ainsi complètement à sa cure, il suit à la lettre toutes les instructions qui lui sont données. C'est ce qui nous explique pourquoi un traitement absolu de quatre à six semaines donne bien des fois des résultats infiniment supérieurs à ceux qu'on pourrait atteindre par un traitement à domicile, parfois prolongé de plusieurs années.

Les expressions *chaleur* et *froid* ne peuvent être définies d'une manière absolue. Les traités d'hydrothérapie nous apprennent que ces expressions n'ont qu'une valeur relative; les dénominations y varient suivant la température que l'eau possède; on dit l'eau *très froide*, de 8 à 12° C., *froide*, de 12 à 16° C., *fraîche*, de 16 à 20° C., *dégourdie* de 20 à 26° C., *tempérée ou tiède*, de 26 à 30° C., *chaude* de 30 à 40°. Ces dénominations correspondent à la sensation que ressent généralement la main plongée pendant quelque temps dans ce liquide.

L'eau très froide est relativement peu employée. Dans les cas où il y a une indication pour un abaissement local ou général de la température, beaucoup d'hydrothérapeutes donnent la préférence à la glace pilée contenue dans des vessies en caoutchouc hermétiquement fermées. Nous faisons actuellement un grand usage des appareils de Leiter qui permettent la circulation de l'eau à la température que l'on désire, à partir de celle de la glace fondante.

L'emploi du froid a pour but d'abaisser la température du corps; la chaleur au contraire, l'élève. Entre les deux extrêmes de la température, on admet généralement une température neutre, c'est-à-dire cette température extérieure qui semble n'exercer aucune action sur l'économie animale. Il serait assez difficile, sinon impossible, de spécifier cette température neutre en raison des influences individuelles et des circonstances qui entourent l'individu. Toutefois, d'après les expé-

riences faites jusqu'ici, on semble devoir admettre que cette température neutre fluctue entre 34 et 35° C.

Dans les différents procédés hydrothérapiques connus jusqu'ici, c'est toujours à la peau qu'on s'adresse en premier lieu. La peau en effet pourrait être considérée comme un régulateur de la température animale puisque la température de l'air extérieur, la chaleur ou le froid, donne lieu à des sensations spéciales résultant des modifications apportées aux diverses parties (vaisseau, nerfs, etc.), du tissu cutané et conséquemment aussi à l'évaporation qui se produit à la surface. Le système nerveux périphérique se trouve ainsi influencé.

L'eau nous semble chaude quand sa température est supérieure à celle de la partie avec laquelle elle est mise en contact, mais la sensation de chaleur que nous éprouvons se trouve en rapport direct avec la température de l'eau et l'étendue de la surface qui en reçoit le contact. D'une manière générale, on n'administre jamais l'eau, d'emblée, si ce liquide doit avoir une température très élevée. La transition brusque non seulement est désagréable ou même pénible, mais elle peut avoir des inconvénients chez les malades qui souffrent d'une altération de la sensibilité, qu'elle soit diminuée ou exagérée. L'eau dont la température dépasse légèrement celle que nous avons appelée neutre, augmente la sensibilité; elle la diminue si la température du liquide est de 45 à 50° C.

La répétition de l'échauffement favorise la faculté de développer de la chaleur et de résister plus facilement aux basses températures.

La chaleur sèche diminue les mouvements respiratoires; la chaleur humide et élevée les accélère. Cette accélération n'a aucune influence sur le chimisme de la respiration puisque l'élévation de température est accompagnée d'une diminution de la proportion de l'acide carbonique.

Qu'elle soit sèche ou humide, la chaleur accélère l'activité cardiaque, la vitesse du pouls augmente, et cette accélération

de la circulation peut donner lieu à des congestions vers le cerveau et les poumons; cette accélération diminue dès que la transpiration commence. Ce ralentissement peut être tel qu'il peut prédisposer à la syncope.

L'eau chaude, brusquement appliquée à la peau, produit d'abord une légère contraction de ses vaisseaux capillaires suivie d'une stagnation apparente du sang dans ces vaisseaux.

Les températures modérées augmentent l'irritabilité musculaire; les températures élevées la diminuent, et parfois d'une manière considérable. Nous verrons toutefois plus tard que cette assertion est inexacte dans les cas où il existe une irritabilité nerveuse très prolongée et que généralement l'on calme par l'usage des bains chauds prolongés ou des douches chaudes. Ces bains calment ainsi un état d'excitation qui, s'il venait à se prolonger, finirait par épuiser la force musculaire.

Cette action calmante sur l'irritabilité ne se produit néanmoins que lorsque la température de l'eau est voisine de la température normale du corps. L'eau, à une température un peu plus élevée, exerce une action sédative si son application est de courte durée. Une température trop grande donnerait lieu à une action excitante, mais cet effet n'est guère recherché en hydrothérapie.

Les températures de beaucoup inférieures à celles du corps, appliquées à la surface de la peau et renouvelées avec rapidité, procurent d'abord, si le froid est vif, une impression douloureuse, toujours croissante jusqu'à ce qu'il se produise une insensibilité. Cette anesthésie peut se maintenir pendant quelque temps alors que le froid a déjà cessé d'agir.

L'eau froide, projetée sur le corps, donne des sensations très variables. La sensation est très vive, si l'eau est très divisée et sa force de projection peu intense; elle le sera moins si l'eau n'est pas divisée et sa force de projection violente. Beni-Barde compare la différence entre ces sensations à celle qui existe entre le chatouillement et une forte pression exercée sur la peau.

Après la première impression du froid il s'établit une espèce

de tolérance par suite de la diminution de la conductibilité des impressions résultant de l'abaissement de la température des nerfs.

Si l'eau froide est appliquée brusquement sur le corps entier, comme dans l'acte de l'immersion, la sensation produite est moins désagréable que si l'on y entre lentement parce que dans le premier cas elle est plus généralisée et conséquemment moins nettement perçue. L'influence de cette eau sur la chaleur du corps est très favorable si la durée de contact n'est pas trop longue et qu'elle n'ait pas le temps de produire un trop grand abaissement de température. D'après Currie la limite minima de température serait de 29°5 C.

Les parties isolées du corps peuvent supporter des températures bien inférieures encore; l'action étant purement locale, elle reste sans influence sérieuse sur la chaleur générale du corps. De plus, il y a été constaté que la partie refroidie ne reprend la température normale qu'après un temps considérable, parfois d'une demi à trois heures, même lorsque la température ambiante est de 17 ou 18° C. La tolérance pour le froid dépend donc essentiellement de la durée de l'application, de la forme sous laquelle elle a eu lieu et de l'étendue de la région exposée au froid.

La physiologie nous apprend que l'activité du chimisme respiratoire est d'autant plus prononcée que la température à laquelle le corps est soumis est plus basse. Cette activité toutefois n'entraîne pas avec elle une accélération de la respiration; les mouvements respiratoires, au contraire, sont ralentis, mais plus amples et plus profonds. Beni-Barde fait remarquer que cette observation ne s'applique pas à la douche qui, toutes choses égales d'ailleurs, donne une augmentation de cinq à six inspirations.

Le froid, au début d'une application générale, accélère l'activité cardiaque, qui ne tarde pas à se ralentir. Le ralentissement est d'autant plus prononcé que la température de l'eau est plus basse. On obtient un résultat analogue en prenant de l'eau froide en guise de boisson.

L'abaissement de température qui se produit sous l'action du froid, donne lieu à une contraction des vaisseaux capillaires et conséquemment à une pâleur de la peau. Si l'action du froid se prolonge cette pâleur fait place à une rougeur, indice de la stagnation du sang dans les vaisseaux.

La contractilité musculaire se trouve diminuée sous l'influence du froid, même anéantie si le froid est bien prononcé.

Quant à l'action de l'eau froide sur le système nerveux, elle peut se produire soit en impressionnant les nerfs sensitifs cutanés, soit en s'emparant de la chaleur animale. Si c'est une impression sur les nerfs sensitifs, elle se trouve répercutée par action réflexe dans les fibres motrices correspondantes. Ainsi, l'eau froide projetée sur la plante des pieds, provoque des contractions dans les membres inférieurs et dans les organes contenus dans le bassin. Les baigneurs connaissent parfaitement le claquement des dents au moment de l'entrée dans le bain. La chair de poule, le frisson, les tremblements, les palpitations du cœur sont des phénomènes analogues.

L'action de l'eau froide sur la peau ou les muqueuses s'étend à tous les viscères en y provoquant des réflexes dans tout ce qui est innervé par le grand sympathique, c'est-à-dire à la circulation, à la respiration, aux mouvements péristaltiques du tube digestif, aux contractions des organes génito-urinaires, même aux phénomènes d'absorption et de sécrétion puisque la nutrition devient plus active. L'action prolongée du froid diminue la chaleur animale et l'excitabilité des nerfs cutanés.

Après avoir étudié l'action physiologique du froid, Beni-Barde, s'exprime comme suit au sujet des applications de l'eau froide en hydrothérapie : « En prenant comme sujet d'observation un homme en état de santé, soumis à une température de 8 à 12° C., on peut constater que la sensation du froid est d'autant plus grande que le sujet reste plus immobile et que le courant de l'eau est plus rapide.

« Que l'application du froid ait lieu sous forme de bain, de douche ou d'affusion, l'impression qu'il produit à la surface

de la peau provoque dans tout l'organisme une succession de phénomènes résultant d'actions réflexes qu'il est utile de connaître.

« La surprise produite par la première impression sur les nerfs sensitifs de la périphérie, arrache souvent un cri, amène une sensation désagréable de froid et d'horripilation, accompagnée de grelottement, de claquement de dents et de tremblements. La respiration devient courte et entrecoupée, le pouls dur et petit; les battements du cœur, tout en conservant leur rythme normal, acquièrent quelquefois plus d'énergie et de force; et le patient éprouve un sentiment de refoulement du liquide sanguin de la périphérie vers le centre. La peau se décolore rapidement par suite de la contraction des capillaires et le phénomène désigné sous le nom de *chair de poule* apparaît très distinctement. En même temps les mamelons se dressent, le pénis se recourbe et le prépuce se ride, pendant que les testicules remontent vers l'anneau. Puis l'action du froid, s'étendant aux muscles de la vie végétative, détermine fréquemment des contractions qui activent les sécrétions de certaines glandes et provoquent l'évacuation des cavités naturelles.

« Si l'on arrête l'application de l'eau froide, le calme renaît bientôt dans tout l'organisme, la respiration devient plus ample, et le frisson disparaît. L'augmentation de la force des battements du cœur triomphe du resserrement des capillaires qui se remplissent de sang. Dès lors on voit apparaître, sur toute la surface cutanée, une rougeur plus ou moins vive, accompagnée d'une agréable sensation de chaleur.

« Si l'application continue, le refroidissement s'accroît davantage, l'activité du cœur diminue, la circulation cesse dans les vaisseaux superficiels et l'excitabilité nerveuse s'affaiblit de plus en plus. Il survient alors un nouveau sentiment de froid, que l'on désigne habituellement sous le nom de *second frisson*. Il indique qu'il faut suspendre l'application du froid; car, si l'on poursuivait cette application, on exposerait le système nerveux à des troubles graves et l'orga-

nisme à un danger sérieux. Il faut, en effet, que l'excitabilité nerveuse ne soit pas épuisée afin qu'elle puisse spontanément ou artificiellement favoriser le retour de la chaleur.

« Lorsque l'action réfrigérante n'a pas été poussée jusqu'à ce point, on observe les diverses phases du retour naturel à la chaleur, fournissant un ensemble de phénomènes auquel on a donné le nom de *réaction*. La réaction est donc la mise en action involontaire de tous les moyens que l'organisme possède pour lutter contre le froid, en provoquant l'apparition d'un groupe de phénomènes contraires à ceux que détermine cet agent. Il est nécessaire de décrire en quoi consiste la réaction.

« On admet généralement qu'elle débute au moment où un commencement de chaleur apparaît dans les membres, bien qu'en réalité, à partir de l'application du froid, tout acte de l'organisme vivant concoure à le défendre contre l'action de cet agent. Cette sensation générale de chaleur, qui, souvent, commence avant la fin de l'application du froid, est accompagnée d'une plus grande facilité de la respiration et d'une plus grande activité musculaire. La coloration de la face devient peu à peu ce qu'elle était avant l'opération ; une vive rougeur se manifeste à la peau, et le sujet ressent plus d'aisance, de souplesse et d'énergie ; les téguments sont même beaucoup moins impressionnables aux agents extérieurs. Le pouls s'élève souvent de cinq à six pulsations au dessus du chiffre constaté avant l'application. Le thermomètre indique que la température s'élève peu à peu ; elle dépasse de quelques dixièmes de degré celle du début, pour revenir, après quelques oscillations, en harmonie avec elle.

« La température du corps et les battements du pouls ne remontent pas toujours immédiatement après l'opération. Il arrive fréquemment qu'ils continuent à diminuer pendant quelque temps, après lequel ils suivent la marche qui vient d'être décrite. Souvent les phénomènes de réaction apparaissent avant la fin de l'application et se continuent si celle-ci a cessé ; quelquefois pourtant, si l'application ne cesse pas,

ces phénomènes disparaissent, une nouvelle contraction s'opère, et un second frisson apparaît.

« La réaction peut être facilitée par la friction, le massage, l'exercice et l'élévation de température du milieu dans lequel elle se fait.

« Utiles après l'application de l'eau froide, ces adjuvants le sont également auparavant. En effet, la réaction se fait mieux lorsque, par suite de l'élévation de température, le corps est devenu moins impressionnable au froid; on peut alors prolonger l'application ou faire usage d'une eau plus froide, ce qui a pour effet de rendre la réaction plus énergique. Nous savons qu'il est nécessaire, si la chaleur du corps a été développée par l'exercice préalable, que celui-ci n'ait pas été poussé jusqu'à la fatigue; car, chez les individus surmenés, la transformation de la chaleur en mouvement produit un abaissement de la température propre et l'organisme n'a plus l'énergie suffisante pour fournir les éléments d'une bonne réaction.

« Une température un peu élevée et un exercice modéré sont les meilleurs moyens de se préparer à l'eau froide; l'état de transpiration même n'est pas une contre-indication s'il n'est pas accompagné d'une grande fatigue. En règle générale, la réaction se fait d'autant mieux que l'eau est plus froide et plus animée de mouvement, que l'application est de courte durée, que la température de l'air ambiant est plus haute, que la chaleur du corps est plus élevée et que le sujet est plus vigoureux. »

L'exposé sommaire de l'action physiologique de l'eau à ses différentes températures nous permet maintenant d'en déduire les *applications thérapeutiques* pour les maladies mentales et autres maladies nerveuses qui peuvent les compliquer.

Dans les cas d'inflammation aiguë et de date récente, l'hydrothérapie peut bien des fois arrêter la marche ou le développement du processus inflammatoire. Nous avons la preuve journalière de son action antiphlogistique dans les traumatismes du crâne où l'intervention par le froid (com-

presses froides, sacs à glace, tubes de Leiter à l'eau glacée) exerce l'influence la plus heureuse, surtout lorsque le traitement est suffisamment prolongé. Beni-Barde néanmoins veut que l'application ne soit pas permanente afin d'éviter la suspension de toute vitalité dans les tissus, et d'y permettre ainsi l'afflux du sang pour un certain moment.

L'eau froide non seulement empêche le travail de la réaction, le développement d'une chaleur anormale, mais exerce encore une action sédative. On sait que dans le cas de brûlure au premier ou au second degré il suffit de plonger la partie lésée dans l'eau froide pour enlever immédiatement la sensation de chaleur et de douleur, et cette abolition de la sensibilité persiste aussi longtemps que l'eau reste suffisamment froide. L'hydrothérapie convient aussi bien dans l'inflammation de cause interne que dans celle de cause externe.

L'*action sédative* de l'eau froide ne se produit conséquemment qu'à la condition que son application soit longue; nous y ajouterons qu'elle doit être également exempte de percussion. C'est ce qui explique le fréquent usage de l'immersion prolongée. Toutefois l'usage trop prolongé de l'eau froide peut donner lieu à un véritable sidération du système nerveux, à un état de prostration qui n'est pas sans danger. Aussi ces applications doivent-elles être surveillées par le médecin qui jugera de la durée d'application suivant le degré de susceptibilité de son client. Dans la thérapeutique des maladies mentales on constate bien souvent que certains malades ne supportent pas l'immersion dans l'eau froide et que pour atteindre le but proposé il faut élever la température de ce liquide jusqu'à un certain degré. C'est ce que nous constaterons en passant en revue les principales formes des psychoses et nous verrons à cette occasion que les procédés hydrothérapiques utilisables sont suffisamment nombreux, que si un tel procédé ne présente aucune chance d'action favorable, tel autre pourra atteindre le but désiré.

L'*action excitante* de l'eau est utilisée tous les jours dans nos asiles. Parfois une seule application hydrothérapique suffit

pour que l'effet excitant se produise instantanément. Cette action excitante est surtout indiquée quand il s'agit de combattre des accidents ou les symptômes d'une affection. Si cette action n'est utilisée que dans quelques cas particuliers de l'une ou l'autre maladie mentale, il n'en est plus de même quand on se trouve devant un état général qui réclame une médication reconstituante; c'est alors que l'hydrothérapie nous montre ses puissantes ressources. Il suffit de jeter un coup d'œil sur le chapitre de l'étiologie des psychoses pour se rendre un compte exact de l'intervention des états somatiques et spécialement de ces affections chroniques qui doivent leur origine à un état de débilité générale de l'organisme ou à un vice de nutrition. Nous n'avons pas à préciser ces indications spéciales qui sont du domaine de la pathologie et de la thérapeutique générales. Nous nous bornerons à décrire l'action.

L'eau communique à la peau une impression qui donne lieu à des phénomènes réflexes dans différentes parties du corps et caractérisés par la production de mouvements. On utilise ces actions réflexes pour agir sur une organe donné, ou sur tout l'organisme. Ainsi, par exemple, on localisera la douche sur la partie du corps qui offre avec l'organe malade le plus de sympathies nerveuses; la douche au contraire sera générale si on désire influencer l'organisme entier. Beni-Barde et Pinoff⁽¹⁾ relatent d'une manière détaillée les endroits de prédilection à atteindre dans certaines affections spéciales, telles que paralysie du mouvement et du sentiment, certains troubles vaso-moteurs, certaines congestions viscérales dues à l'atonie vasculaire, etc.

L'action excitante locale n'est le plus souvent qu'une *action révulsive* ou *anticongestive*. Qu'on utilise à cet effet la douche, le bain ou la friction, on agira toujours en congestionnant la surface cutanée à l'endroit d'application, aux dépens des parties situées plus profondément. Cette action

(1) *Handbuch der Hydrotherapie*, 1879.

anticongestive est toujours accompagnée d'une action plus ou moins énergique sur le système nerveux périphérique qui provoque des actions réflexes dans d'autres parties de l'organisme.

Quant à *l'action tonique* en hydrothérapie, voici ce qu'en dit Beni-Barde : « De tous les modificateurs hydrothérapiques employés dans ce but, le plus efficace est, sans contredit, l'eau froide. Sous son influence, toutes les fonctions se réveillent, la circulation et l'innervation se régularisent; les mouvements d'assimilation et de désassimilation sont plus prononcés et finalement l'organisme éprouve une véritable régénération. C'est aux effets excitants de l'hydrothérapie que ces résultats doivent être attribués, mais il faut du temps et beaucoup de patience pour atteindre le but qu'on se propose. La reconstitution de l'organisme est une œuvre de longue haleine et, pour l'obtenir, il faut que le traitement hydrothérapique soit suivi avec une grande régularité et une grande persévérance. »

NEURASTHÉNIE. — Dans la série de maladies mentales ou nerveuses que nous passerons en revue au point de vue du traitement par l'hydrothérapie, nous traiterons d'abord de la neurasthénie que nous considérons comme le point central autour duquel rayonnent les autres névroses, compliquées ou non d'aliénation mentale. C'est elle qui est trop ignorée des médecins et trop souvent qualifiée d'hypocondrie par les arriérés de notre art; c'est elle qui mérite une étude plus approfondie de la part de tous les praticiens parce que c'est elle qui par son développement ultérieur donne naissance à une série d'affections mentales qu'on pourrait éviter bien des fois si l'état neurasthénique avait été l'objet d'un traitement rationnel et prolongé. Parmi les maladies mentales qui trouvent leur origine dans cette pénible affection, nous citerons la mélancolie, la folie morale, la folie hystérique, la folie choréique et la folie épileptique, toutes très fréquentes à partir du jeune âge, et la paralysie générale progressive des adultes. Aussi donnerons-nous au traitement hydrothérapique de la neurasthénie des

développements particuliers et, pourrons-nous être plus bref pour celui des folies névrosiques qui fera essentiellement l'objet d'indications particulières.

Le traitement hydrothérapique de la neurasthénie, comme de l'hystérie et d'autres affections nerveuses analogues, a fait dans ces dernières années un progrès tel qu'il nous paraît qu'aucune autre médication lui soit supérieure. C'est une erreur de croire que ce mode de traitement ne peut avoir d'heureux résultats que dans un établissement d'hydrothérapie, mais nous serions injustes à l'égard de ce genre d'établissements si nous ne constatons pas leur supériorité ⁽¹⁾ pour le traitement de plusieurs affections du système nerveux. Toutefois beaucoup de maisons privées disposent actuellement d'une salle de bains et d'un matériel suffisant pour instituer le traitement hydrothérapique à domicile. La seule objection que ce traitement soulève c'est qu'il doit être pratiqué et surveillé par un praticien au courant de ces procédés thérapeutiques.

Le préjugé d'autrefois « que le traitement n'est favorable que pendant la bonne saison » n'a plus de raison d'être. On traite actuellement dans ces établissements et avec les mêmes avantages, aux différentes périodes de l'année.

Avant de formuler le traitement on ne perdra pas de vue qu'il faut résoudre avant tout la pathogénie de la neurasthénie, la thérapeutique de l'état nerveux se trouvant subordonnée à la

(1) A la valeur supérieure du personnel médical attaché aux instituts hydrothérapiques, il faut ajouter que ces établissements présentent encore d'autres avantages : le grand repos, un personnel surveillant bien dressé et une surveillance continue des malades. — L'Allemagne, l'Autriche, la France et la Suisse comptent actuellement de nombreux établissements spéciaux, pour les maladies nerveuses où les médecins qui y sont attachés non seulement disposent des appareils hydrothérapiques mais encore de toutes les autres médications que réclament le traitement de ces maladies. Malheureusement le prix de la pension y est assez élevé (2500 à 4000 francs par an) et l'on ne peut guère espérer une amélioration sérieuse en moins de 4 à 6 mois.

nature de la lésion ou à celle de l'altération du sang. Dans le cas d'un défaut d'équilibre entre l'irritation fonctionnelle et l'irritation nutritive du tissu nerveux le traitement se fera d'après les symptômes morbides prédominants.

C'est dans l'excellent travail du Dr Beni-Barde⁽¹⁾ que nous avons rencontré la meilleure description du traitement de la neurasthénie par le système des douches.

Dans le cas d'*excitation nerveuse* on pourra employer les piscines tempérées, les affusions souvent renouvelées, le maillot humide, les douches à percussion légère, modérément froides et d'une courte durée, les frictions générales avec un drap mouillé et non tordu, les lotions, etc.

Par ces différents procédés, on se propose d'empêcher toute réaction violente de l'organisme et d'apaiser l'excitabilité morbide qui siège dans les fonctions de l'innervation. Là où l'application de l'eau froide serait jugée nécessaire, comme lorsqu'il y a indication pour un traitement tonique ou reconstituant, il faut en atténuer l'effet trop excitant en faisant au préalable une action prolongée d'eau chaude. Ce n'est qu'à cette condition que l'eau froide produit une salutaire influence sans provoquer la moindre excitation qui pourrait être nuisible. Ce procédé donne les meilleurs résultats chez les neurasthéniques chloro-anémiques puisqu'on opère à la fois le traitement tonique et le traitement sédatif.

A une période plus avancée de la maladie et qui se rapproche de la période d'épuisement, il s'agit de combiner, dans une juste mesure, les modificateurs sédatifs et les modificateurs excitants. Ici Beni-Barde donne la préférence à un système de douche qui permet la combinaison exacte de l'eau chaude et de l'eau froide et dont la force de projection peut être réglée avec une grande précision. Beni-Barde ne méconnaît pas les nombreuses difficultés qui peuvent se présenter et qui empêchent de préciser des indications générales. Le traitement variera suivant la prédominance des symptômes

(1) *Nouveau manuel d'hydrothérapie*, 1878.

d'excitation ou des symptômes d'épuisement nerveux; l'épuisement étant prononcé, on aura recours immédiatement aux applications excitantes; mais si le malade est d'une susceptibilité telle que la seule impression du froid jette un trouble dans les fonctions de l'innervation et que le médecin soit conséquemment obligé de renoncer à ce mode de traitement, il faudra user de la plus grande prudence, agir de manière à ne provoquer au début que des réactions insensibles et n'arriver aux applications froides qu'après avoir habitué le malade, c'est-à-dire après avoir modifié son irritabilité nerveuse.

Si l'état neurasthénique a débuté par des symptômes d'épuisement, le traitement excitant semble indiqué d'emblée. Ce serait là une erreur; l'expérience a prouvé que dans ces circonstances ce traitement engendre parfois et d'une manière prompte, l'excitation physiologique des centres nerveux suivie, peu de temps après, d'un affaissement plus considérable encore. Nous constatons également que si l'eau froide est l'agent thérapeutique le plus puissant employé dans la neurasthénie caractérisée par un état d'affaissement, elle peut aussi être nuisible si elle est appliquée sans discernement. Pour ce motif Beni-Bade se sert de la douche mixte qui lui permet de répondre à toutes les indications et de préparer convenablement le malade à un traitement ultérieur. Beaucoup de malades ne doivent leur guérison, ou au moins la diminution de leurs souffrances, qu'à l'emploi des douches, des immersions ou des affusions à températures graduées.

Le malade acclimaté à l'hydrothérapie, on pourra nettement combattre son état de dépression par des applications excitantes, telles que les douches en pluie et en jet, courtes, froides et vivement appliquées, les immersions courtes et à basse température, les frictions avec le drap mouillé fortement tordu, etc. On réveille ainsi les forces de l'organisme en y provoquant dans toute son étendue des réactions très accentuées.

En dehors de ces indications générales il en existe encore

d'autres qui dérivent de la nature et du siège des symptômes prédominants. La maladie peut en effet présenter des phénomènes morbides particuliers du côté du cerveau ⁽¹⁾, de la moëlle, de l'estomac ⁽²⁾, des organes génitaux ⁽³⁾, etc.

Si les symptômes cérébraux l'emportent et si le cerveau est le siège d'une surexcitation, on prescrira des lotions froides avec des éponges ou des compresses froides appliquées sur la tête et souvent renouvelées, des pluies tempérées à percussion légère et des affusions tièdes au cas où l'impression du froid ferait naître des douleurs.

S'il existe une parésie cérébrale ⁽⁴⁾, un affaiblissement lent et progressif des diverses fonctions de l'encéphale et aboutissant à un anéantissement de ces mêmes fonctions, le traitement local sera excitant. Ce traitement toutefois impose au médecin une surveillance toute particulière, car les applications froides, localisées, inopportunes et prématurées peuvent compromettre la guérison du malade. Beni-Barde les fait toujours légères, courtes, tempérées, et en abaisse progressivement la température à mesure que le malade reprend des forces et se trouve à même d'être soumis à des réactions plus énergiques. Il n'utilise l'eau froide, c'est-à-dire à titre d'excitant, que lorsque les fonctions cérébrales seront à peu près rétablies. Le chef de l'établissement hydrothérapique d'Auteuil, pour effectuer ce traitement, se sert d'un appareil de douches qui lui permet d'élever ou d'abaisser à volonté la température de l'eau et d'en

⁽¹⁾ Prof. RUD. ARNDT. *Die Neurasthenie (Nervenschwäche)*, 1885. — G. M. BEARD. *Die Nervenschwäche (Neurasthenie)* 1882. — MÖBIUS. *Die Nervosität*, 1882.

⁽²⁾ LEVEN. *Estomac et Cerveau*, 1887.

⁽³⁾ G. M. BEARD and A. D. ROCKWELL. *Die sexuelle Neurasthenie*, 1885.

⁽⁴⁾ Cette parésie est *directe* quand elle est provoquée par une dépense fonctionnelle trop considérable du cerveau, *réflexe* si l'équilibre de ces fonctions est troublé par des modifications sensitives dans le réseau périphérique des nerfs et notamment dans l'estomac, dans les organes génito-urinaires, etc.

régler la projection avec précision et rapidité. Les lotions et les affusions conviennent particulièrement lorsque l'affection cérébrale est compliquée de crises nerveuses.

Si les symptômes prédominants dérivent d'un trouble dans les fonctions médullaires et qu'ils sont caractérisés par un état d'excitation, il convient de prescrire l'application de compresses froides, de sacs de glace ou d'un appareil de Leiter à courant d'eau froide appliqué le long de la colonne vertébrale.

S'il existe un état d'épuisement dans les fonctions de la moelle épinière, on fera des applications froides sur les côtés de l'épine dorsale ou sur les parties inférieures du corps.

Les troubles du système ganglionnaire, qu'ils existent du côté du cœur, des poumons, du tube digestif ou des organes génito-urinaires seront à leur tour modifiés par un traitement en rapport avec les manifestations les plus importantes.

Il suffit de jeter un coup d'œil dans les nombreuses publications parues dans ces dix dernières années, qu'elles soient du domaine de la pathologie nerveuse pure et simple ou qu'elles soient exclusives à la pathologie mentale, par exemple les travaux de Beard, Arndt, Leven, Möbius, Löwenfeld, Schüle, van Krafft-Ebing, Cullerre, Emm. Régis et tant d'autres encore pour se convaincre de la multitude des symptômes et des variations que ces phénomènes morbides présentent. Mais chez les neurasthéniques tous ces symptômes n'existent pas à la fois, et en plus ces malades n'attachent de l'importance qu'aux symptômes prédominants; il appartient au médecin d'étudier soigneusement leur évolution et leur origine avant de pouvoir établir les indications thérapeutiques. En dehors de celles que nous avons déjà indiquées et que nous résumerons au point de vue du traitement hydrothérapique, nous en mentionnerons encore quelques autres qui méritent le plus notre attention.

Ainsi dans les états d'excitation nerveuse du côté du cerveau, de la moelle et des nerfs, l'excitation sera calmée par la douche tempérée, légère et suffisamment prolongée, appliquée le matin et le soir ou par des affusions tempérées, dirigées à

la fois sur la tête et sur tout le corps. L'irritabilité nerveuse ayant diminué, on remplacera la douche tempérée par une douche plus froide ou l'affusion par la piscine à la température de 15 à 18° C.

A la *parésie cérébrale et au vertige* on opposera des applications excitantes; mais ce traitement à son tour réclame des soins tout particuliers afin de ne pas provoquer une réaction trop vive. La douche froide en pluie ou en jet ne sera donnée que lorsque le malade sera suffisamment aguerri ou moins excitable. Il va de soi qu'au cas où une surexcitation se produirait, que le traitement sera suspendu et remplacé par un traitement sédatif.

L'*insomnie* est un symptôme très fréquent dans la neurasthénie; elle disparaît généralement au fur et à mesure que le malade s'améliore. Les procédés hydrothérapiques qui peuvent ramener l'innervation à son état normal, rétablissent conséquemment le sommeil. Si l'insomnie reste rebelle au traitement institué, on peut recourir aux affusions souvent renouvelées, à la piscine alimentée par de l'eau à toutes les températures, au maillot humide, au demi-maillot et même à la ceinture mouillée. Ces dernières applications se font de préférence le soir et sont très efficaces; elles ne sont contre-indiquées que dans les cas d'hyperémie cérébrale permanente ou menaçante.

Si le malade est exposé à des *crises nerveuses*, à des spasmes intermittents dans l'une ou l'autre partie du corps, et si elles ne disparaissent pas spontanément, on peut intervenir par des applications froides, surtout celles qui ont une action sédativ. Beni-Barde donne la préférence aux affusions tempérées ou froides suivant la susceptibilité du malade, aux emmaillotements partiels s'ils peuvent être appliqués et surtout aux frictions sur toutes les parties du corps, à l'aide de compresses trempées fréquemment dans de l'eau très froide.

Dans les *troubles des fonctions médullaires* (parésie, douleurs, spasmes, paralysies, etc.), les indications du traitement varient suivant les symptômes morbides prédominants.

D'une manière générale Beni-Barde ne pousse jamais le

traitement hydrothérapique jusqu'à la fin; il l'interrompt pendant quelque temps quand une amélioration satisfaisante s'est produite et très souvent il a observé que l'amélioration s'accroît davantage pendant la période de suspension. C'est ainsi, dit-il, que l'hydrothérapie, pratiquée convenablement, peut guérir cet état nerveux que l'on considère à tort comme incurable.

Le *demi-bain* constitue incontestablement, d'après les auteurs allemands, l'élément principal dans le traitement hydrothérapique de la neurasthénie. Les modifications dont ce bain est susceptible, permettent de l'appliquer à différentes formes malades et aux différentes individualités. Voici la description de ce bain qui paraît avoir rendu les plus grands services à Löwenfeld ⁽¹⁾ :

La baignoire n'est remplie d'eau qu'à une hauteur telle qu'elle n'atteint que le creux de l'estomac lorsque le malade s'y trouve assis. Le malade y ayant pris place, un baigneur lui verse l'eau du bain sur le dos tandis que le patient s'en sert pour se frictionner la partie antérieure de la poitrine. Le malade prend alors une brosse à friction ou un linge rugueux et se frictionne toute la face antérieure du tronc; le baigneur continue l'opération pour le reste du corps. Chez les patients très irritables ou qui se fatiguent très vite, on peut abandonner complètement la friction au soin du baigneur. Dans les cas où le malade accuse une faiblesse spéciale dans les jambes, Löwenfeld remplace la friction par le massage.

La friction étant terminée, on plonge de nouveau, pendant un petit temps, le corps dans le bain et on termine l'opération en arrosant le dos à l'aide d'un seau ou d'un arrosoir tenu à une hauteur moyenne.

Si le demi-bain est administré sans avoir réchauffé (artificiellement) le corps au préalable, Löwenfeld se sert exclusivement de températures variant entre 30 et 23° C. d'après l'état

(1) *Die moderne Behandlung der Nervenschwäche (Neurasthenie)*, 2^e Aufl. 1888.

de la nutrition du malade, de ses habitudes à prendre des bains frais, et des phénomènes nerveux qu'il présente. Il préfère les bains de 29 à 27° C. L'arrosage du dos s'effectue avec une eau qui possède environ 4° C. de moins que la température du bain et la durée de l'opération n'excédera pas six minutes.

Les demi-bains peuvent prédisposer aux congestions de la tête en raison de la contraction brusque des vaisseaux cutanés au moment de l'action. De là la nécessité de recourir parfois à des moyens préventifs, tels que le lavage préalable de la tête, de la face, du cou et de la poitrine avec de l'eau froide.

Pour s'expliquer l'action du demi-bain, il faut se rendre compte que l'on se trouve en présence d'une combinaison d'excitants chimiques et thermiques qui déterminent dans les organes centraux toute une série de processus différents suivant la nature du cas que l'on traite. Partiellement l'*action est excitante* et l'on observe une augmentation des fonctions motrices, une amélioration de l'appétit, un relâchement de la sensibilité générale; partiellement l'*action est sédative* et l'on constate une diminution, parfois même la disparition des douleurs ou des paresthésies, une palliation de l'état d'excitation; enfin il se produit une *action dérivative* qui se manifeste par des congestions vers la tête, un abasourdissement; c'est à cette dernière action qu'on peut attribuer l'effet calmant que l'on observe dans certains processus.

Un facteur beaucoup plus important se retrouve dans l'excitation de la fonction de la peau déterminée par le demi-bain. La sphère d'activité de ce demi-bain est très grande, mais le résultat ne sera certain qu'à la condition de mettre le procédé opératoire en rapport avec les lois de la réaction. L'élévation de la température du corps qui a subi une diminution de température dépend, toutes choses égales d'ailleurs, de la promptitude plus ou moins grande de l'abaissement de la température. Les demi-bains tempérés et prolongés donneront conséquemment une réaction plus lente, une diminution de température plus prolongée que les bains froids et de courte durée. La variété des températures qu'on peut utiliser

en explique l'indication dans les troubles nerveux les plus variés et aussi chez les individus délicats, peu nourris, spécialement dans le jeune âge.

Chez les neurasthéniques anémiques, capables de supporter les demi-bains, Winternitz accorde la préférence aux températures basses de 16 à 18° C. mais la durée en doit être très courte. Parfois même il se borne à les plonger rapidement. Löwenfeld ne partage pas cet avis et préfère recourir à ses demi-bains administrés d'après la description que nous en avons donnée mais avec cette différence que l'eau utilisée à cet effet présente une température supérieure à 29° C.

D'après Winternitz les demi-bains ne sont contre-indiqués que chez les malades où l'on a à éviter un trop grand abaissement de la température, comme par exemple chez les personnes très débiles, dans l'état de collapsus et dans tous les états qui feraient craindre des complications telles que l'hémoptisie, l'entérorragie, etc. Toutefois d'après Löwenfeld, il y a des personnes fortes dont l'état nutritif ne laisse rien à désirer, mais qui en raison de la susceptibilité particulière de leur peau, ou pour un autre motif, ne supportent pas les procédés opératoires usuels du demi-bain; ce traitement sera suspendu si, répété à plusieurs reprises, il ne donne qu'un résultat défavorable ou qu'il fait prévoir même une action nuisible.

Frictions avec le drap mouillé. — On donne ce nom au procédé qui consiste à envelopper d'abord tout le corps, la tête exceptée, dans un linge suffisamment grand et mouillé d'eau à une température déterminée. Cet enveloppement doit se faire le matin au lever, immédiatement après la sortie du lit. Le corps se trouvant enveloppé, le baigneur applique, fortement et rapidement dans un ordre donné, le linge humide contre les différentes parties du corps et le déplace sans cesse en opérant des frictions. Cette opération doit être terminée au bout d'environ une minute. On enlève alors le linge humide pour procéder à la friction du corps avec un linge sec, parfois avec un linge chaud.

Il est toujours prudent, dans l'application de ce procédé hydrothérapique, d'éviter la congestion qui peut se produire du côté de la tête et de la poitrine par suite de la contraction brusque des vaisseaux périphériques, surtout au début de l'opération. On la prévient, comme nous l'avons déjà dit en lavant au préalable la tête, la face, le cou et la poitrine à l'eau froide, même en plaçant sur la tête un bonnet froid et mouillé.

D'après Löwenfeld, Winternitz et la plupart des hydrothérapeutes, l'action de ces frictions est très variable suivant la température à laquelle on opère, d'après le degré d'humectation du linge, d'après la consistance de son tissu. Plus le linge est gros et humide et plus la température de l'eau employée est basse, plus l'action excitante et thermique de ce procédé sera grande. Pour obtenir une action douce, on se servira conséquemment d'un linge fin, bien exprimé et de l'eau à une température très tempérée. On peut ainsi disposer de ce procédé de manière qu'il convienne à des natures délicates, excitables. Löwenfeld opère généralement à une température de 28 à 10° C.

Il est recommandable, dit ce dernier auteur, de ne pas débiter avec des températures trop basses et de n'y arriver que progressivement. Chez les patients quelque peu faibles et très impressionnables aux excitants thermiques, il donne la préférence aux frictions partielles avec un essuie-main humide à une température qui n'est jamais en deçà de 20° C.

Les frictions au drap mouillé sont contre-indiquées dans les états congestifs du cerveau et des poumons, quand le système nerveux se trouve dans un état de surexcitation, conséquemment aussi dans l'hyperesthésie cutanée, et enfin dans les différents processus inflammatoires.

Winternitz ne recommande jamais les frictions au drap mouillé, attendu qu'on dispose suffisamment d'autres procédés hydrothérapiques dont les indications sont beaucoup plus précises:

Maillot humide. — En dehors de l'action dérivative que

nous donne également la friction humide, le maillot humide présente une action calmante très prononcée. Pour s'en servir, dit Löwenfeld, on étend une toile grossière ou fine trempée dans l'eau froide à partir de 22° C., ou en deçà, sur une couverture de laine. On entoure le malade dans le linge mouillé, à l'exclusion de la tête et de telle sorte qu'il soit mis en contact avec les différentes parties du corps; on l'entoure ensuite de la couverture de laine. Après cela, on couvre le malade, immobilisé comme un enfant emmailloté, de couvertures ou d'un édredon, et latéralement on le fixe au lit à l'aide des parties des couvertures qui débordent. — Ici encore, comme dans d'autres procédés, il se produit en raison de l'action irritante du froid, une contraction des vaisseaux cutanés qui pourrait prédisposer à des congestions céphaliques mais que l'on évite aisément en ayant recours aux moyens préventifs déjà énumérés. L'élévation de température, produite par le linge, est suivie d'un relâchement des vaisseaux cutanés. Le contact continu de la peau avec la vapeur d'eau à la température du sang, l'absence des excitants thermiques et mécaniques, de même que le repos forcé, amènent le calme du système nerveux. Il en résulte une tendance au sommeil et parfois même les malades s'endorment. La dérivation du sang vers la périphérie peut contribuer à cette action.

Le maillot humide est prolongé d'après l'état du malade, d'après la nature de son affection et la nécessité d'une grande ou d'une petite action calmante, tantôt jusqu'à l'obtention de la simple chaleur, tantôt jusqu'à la production de la transpiration et parfois jusque quelque temps après que celle-ci a commencé.

L'obtention d'une chaleur suffisante exige, chez les différents malades, un temps différent (1/2 à 2 heures et au delà). Cette élévation de température se produit très lentement chez les individus anémiques et les vieilles gens, et dans ces cas il ne faut jamais recourir à des basses températures pour l'humectation des linges. Généralement le maillot humide est suivi d'une friction froide de courte durée ou d'un demi-bain à 25° C. à

l'effet de maintenir l'élévation de la température et d'éviter une trop grande impressionnabilité de la peau.

Bains de siège. — Les bains de siège sont très souvent employés dans la neurasthénie. Ces bains froids, de 8 à 19° C. prolongés pendant 5 à 10 minutes, après avoir produit la contraction vasculaire préalable, déterminent une congestion vers les parties immergées. Ils augmentent l'afflux du sang vers les organes abdominaux et pelviens, exercent ainsi une action excitante sur ces parties et conséquemment une action dérivative sur la tête et la poitrine.

Ils sont donc contre-indiqués dans les états d'excitation des sphères sexuelles et dans les pollutions fréquentes; indiqués, par contre, dans la constipation habituelle et dans la débilité des fonctions sexuelles sans état d'excitation. Contre les états d'excitation sexuelle, si fréquents, mieux vaut donner des bains de siège tempérés et un peu prolongés, de 20 à 28° C. et jusqu'à 15 minutes de durée. Les bains de siège chauds et prolongés sont indiqués dans les états spastiques de la vessie, les coliques menstruelles et autres états analogues.

FOLIE HYPOCONDRIAQUE. — Nous avons la conviction que la plupart des cas de folie hypocondriaque sont de nature neurasthénique et que le traitement que nous avons formulé au sujet de la neurasthénie est applicable aux hypocondriaques. En dehors d'un régime psychique et somatique très méticuleux et qui réclame une surveillance très active de la part du médecin, il est désirable que ce genre de malades soit confié à un milieu différent de celui dans lequel l'affection s'est développée et qu'on engage le patient à suivre bien scrupuleusement les prescriptions qui lui sont faites. Dans cette affection le médecin doit mettre tout en œuvre pour faire comprendre que le succès du traitement dépendra de la confiance et de la soumission absolue du malade.

Avant de commencer le traitement hydrothérapique qui sera celui indiqué pour la neurasthénie, on examinera au préalable le malade quant à son état de santé générale et on

recherchera les troubles particuliers qui auraient pu contribuer au développement de l'état morbide (anémie, chlorose, toute maladie diathésique telle que la syphilis, etc., troubles fonctionnels du système nerveux, de l'estomac, du foie, de la vessie, des organes sexuels). Il n'existera de contre-indication pour ce genre de traitement qu'au cas où le malade est porteur d'une lésion organique du cœur.

S'il existe une excitation cérébrale très prononcée, avec exacerbations vives et fréquentes, le traitement du début sera toujours sédatif : applications générales tempérées auxquelles on ajoutera de temps à autre des applications froides en ayant soin de les localiser spécialement dans la partie inférieure du corps afin d'y provoquer une action dérivative. A cet effet on se servira de demi-bains froids pendant lesquels on exercera des frictions énergiques sur les mêmes membres. Beni-Barde recommande en même temps les affusions tempérées.

Si le traitement institué donne lieu à une amélioration notable ou à une guérison, ne fût-elle qu'apparente, il est prudent de recommander au malade la prolongation de son traitement pendant quelque temps encore à l'effet de consolider son état général et de le préparer à reprendre ses occupations habituelles pour lesquelles les conseils de son médecin seront de la plus grande importance.

Le traitement hydrothérapique de la folie hypocondriaque compte de nombreux adhérents parmi nos neurologistes et médecins aliénistes les plus célèbres, tels que Schüle, Emminghaus, Kovalevski, Rosenthal, Benedikt, Erb, etc.

FOLIE CHORÉIQUE. — Soltmann ⁽¹⁾ est un des auteurs modernes qui a le mieux décrit les nombreuses complications psychiques qu'on peut rencontrer dans la chorée. Cette affection, bien entendu pour la chorée du jeune âge, se complique très souvent des symptômes de la neurasthénie cérébrale, d'un état de démence avec stupeur ou avec agitation, de mélancolie

(1) Dr GERHARDT'S *Handbuch der Kinderkrankheiten*, 1880.

anxieuse et de manie aiguë avec hallucinations. Les caractères de ces différentes formes de psychoses, l'étude étiologique de la maladie, les conditions générales dans lesquelles le malade se trouve et la durée de la névrose constitueront autant d'indications spéciales que l'on aura à prendre en considération pour instituer un traitement rationnel.

Nous insisterons d'une manière spéciale sur l'état anémique ou cachectique pour lequel on prescrira un traitement tonique légèrement excitant afin de donner à l'économie une résistance et une énergie plus grandes. Toutefois, si l'état nerveux est dû à une impressionnabilité excessive du système nerveux, le traitement initial sera sédatif.

Au cas où l'on ne dispose pas d'appareils électriques perfectionnés pour la galvanisation cérébrale ou spinale, traitement qui nous a toujours donnés d'excellents résultats, on pourrait recourir à l'une ou l'autre des trois méthodes suivantes :

1° Delmas administre dans le cas d'irritabilité nerveuse excessive, la douche à jet brisé (30 à 32° C.) sur tout le corps pendant deux à trois minutes! Il prétend obtenir ainsi une action sédatrice des plus énergiques; il affirme même avoir rencontré des cas où, en raison de l'éréthisme nerveux concomitant et de l'acuité du mal, l'eau tempérée doit être continuée longtemps et la douche plus prolongée encore, parfois jusqu'à cinq et six minutes! Ce ne serait qu'après la première ou la deuxième semaine de traitement qu'on peut se permettre d'en abaisser peu à peu la température et d'abrèger la durée des applications afin d'obtenir tout à la fois une action sédatrice et tonique si utile chez les enfants.

2° Hirt donne la préférence aux demi-bains de 28 à 29° C. avec affusions froides de 24 à 27° C. sur le dos.

3° En dehors des douches chaudes générales, le maillot humide un peu prolongé aurait donné à Beni-Barde de très bons résultats; avec Delmas ⁽¹⁾, il déclare que ces divers pro-

(1) DELMAS. *Manuel d'hydrothérapie*, 1885.

cédés préparent merveilleusement à l'action de l'eau froide dont les effets curatifs sont incontestables si l'application en est faite avec mesure et discernement. Il appartient au médecin d'étudier le degré de résistance que le malade peut opposer à l'action de l'eau froide; il surveillera les réactions et jugera au sujet de l'opportunité d'abandonner le calorique ou de s'en dispenser si les applications froides n'augmentent pas l'excitabilité nerveuse.

Comme dans la folie hypocondriaque on s'abstiendra du traitement hydrothérapique si la maladie est compliquée d'une affection cardiaque assez prononcée.

FOLIE HYSTÉRIQUE. — Le traitement de la folie hystérique ne diffère guère de celui de l'hystérie avec cette différence néanmoins que suivant la forme qu'affecte cette psychose, on devra à la fois se rapporter au traitement de la mélancolie, de la manie, de la démence, etc. On se rappellera en premier lieu l'origine de la névrose qui est le plus souvent complexe; on prendra en considération les altérations du sang, les troubles de la nutrition, les troubles nerveux, l'état des fonctions génitales et l'état neurasthénique, qu'il soit héréditaire ou acquis.

La plupart des auteurs, à l'exemple de Charcot, confirment la nécessité de l'isolement des hystériques afin de les soustraire aux influences qui ont engendré ou favorisé ces perturbations du système nerveux. Toutefois il y a des cas où l'isolement relatif ne peut suffire; ces hystériques ne sont pas encore des aliénés confirmés, mais cependant leur raison déjà chancelante exige une action plus impérieuse pour vaincre leurs caprices et les soumettre à un régime plus rigoureux, à un isolement plus sévère, à une direction plus énergique. A ces conditions seules on peut espérer une guérison. C'est pour ce motif que nous voudrions voir placer dans un institut spécial tous les hystériques qui sont traités sans succès à domicile; on ne pourrait les reléguer dans un asile d'aliénés que lorsqu'ils offriraient certains dangers pour eux-

mêmes ou pour la société ou lorsque le traitement prolongé ne permettrait plus d'espérer la moindre chance de guérison.

Quant au traitement hydrothérapique, il ne pourra jamais être exclusif et le médecin aura à juger quels seront les adjuvants thérapeutiques auxquels il devra recourir simultanément.

Sous certains rapports les procédés hydrothérapiques employés dans l'hystérie ressemblent à ceux indiqués pour le traitement de la neurasthénie, maladie qui d'ailleurs se confond aisément, et souvent, avec l'hystérie au premier degré.

A partir du moment que l'hystérique est confié aux soins de son établissement, Beni-Barde opère comme suit :

Dans l'hystérie convulsive, si les *spasmes* sont *insignifiants*, il est généralement inutile d'intervenir. Si l'*attaque* présente des caractères insolites et menace de se prolonger, il applique des lotions froides sur la tête et sur toutes les parties du corps qu'on peut atteindre. Dans la *forme syncopale ou comateuse* il pratique des fustigations à l'aide de linges mouillés jusqu'à ce que la malade revienne à elle. Quand il y a un *état délirant* il applique sur la tête des compresses froides qu'il renouvelle souvent et, si les affusions froides ou tièdes échouent, il a recours au maillot humide en recherchant des effets sédatifs. Si les *spasmes gagnent l'appareil respiratoire*, il pratique sur les membres et notamment sur les cuisses, des frictions méthodiques ou prolongées à l'aide de compresses trempées dans l'eau froide. Le sac à glace de Chapman appliqué sur la colonne vertébrale peut également rendre de grands services. Contre les *attaques compliquées d'anesthésie*, des applications alternatives d'eau chaude et d'eau froide, même des fomentations chaudes produisent quelquefois de très heureux effets. Si l'*attaque est le résultat d'une excitation périphérique accompagnée d'une aura sentie ou non*, il essaie de modifier, par des moyens appropriés, la perturbation nerveuse qui est le point de départ de l'attaque.

Le traitement de l'état hystérique est difficile, long et varié. De temps en temps Beni-Barde l'interrompt par des intervalles de repos. Généralement on le commence en com-

battant la cause et les conditions organiques qui favorisent son explosion.

Dans la chlorose et l'anémie, et tout en tenant compte de l'état des fonctions digestives et menstruelles, on prescrira un régime tonique. Un traitement hydrothérapique non rigoureux rend ici de très grands services spécialement lorsqu'il existe une atonie générale et un malaise psychique général.

S'il existe un état de neurasthénie cérébrale ou spinale, ou un état mélancolique torpide, la faradisation générale peut rendre de très grands services de même que l'application des courants continus sur le crâne ou le long de la colonne vertébrale quand on se trouve en présence d'une hyperesthésie cérébrale ou spinale. Mais l'hydrothérapie à son tour offre des ressources multiples.

Comme pour la neurasthénie il faudra de grands ménagements et l'on ne portera jamais son choix sur un procédé sans être bien édifié sur le degré de susceptibilité nerveuse des malades et les caractères de la névrose. Les applications froides très énergiques, et employées dès le début, ne conviennent pas à tous les hystériques et peuvent même donner lieu à des accidents. Dans certains cas il faut les faire précéder d'une douche chaude prolongée afin d'atténuer l'action de l'eau froide.

Le premier résultat auquel il faut viser c'est l'apaisement de l'excitabilité réflexe médullaire ou ganglionnaire. On y parvient en soumettant le malade à des applications généralement froides au début, telles que les immersions tempérées ou les maillots humides, les lotions ou les affusions générales, les frictions dans un drap mouillé non tordu, etc., en un mot tous les modificateurs de la médication sédative. Si ces différents procédés sont bien supportés, on pourra abaisser progressivement la température de l'eau, en ayant soin de faire des applications plus courtes et plus énergiques.

Dans la plupart des cas il faut, au début du traitement, ménager la tête et diriger l'action de l'eau vers la région infé-

rieure du corps, par exemple par les demi-bains avec frictions, les bains de siège, les bains de pieds, accompagnés d'une douche générale.

L'excitabilité anormale de la moelle épinière et du grand sympathique étant calmée et le malade ayant acquis plus de force de résistance, on pourra, sans inconvénient, faire des applications froides quotidiennes ; celles-ci rendent alors d'immenses services. Ce traitement gradué améliore l'innervation et rétablit l'équilibre des fonctions nerveuses.

La guérison ne se produit parfois qu'après de longs intervalles d'excitation et d'épuisement. Le malade alors se décourage et son système nerveux se trouve surmené. On suspend alors la cure pour recommencer aussitôt qu'il a repris de nouvelles forces. Une grande amélioration peut se produire pendant cette période de suspension, mais il faut reprendre le traitement avant que les accidents ne reparassent, pour obtenir une guérison complète à l'abri de toute rechûte.

Dans l'*hystérie fruste*, alors que la maladie reste limitée à quelques manifestations fugaces, revenant aux périodes menstruelles avec aura ovarienne ou œsophagienne, à phases convulsives ou à symptômes affectifs peu prononcés et autres symptômes légers avec recrudescence aux moindres heurts de l'existence, l'action tout à la fois sédative et tonique réussit presque toujours.

Dans la *grande hystérie* certains symptômes cèdent avec une régularité telle, sous l'influence des douches, que leur effet ne peut être mis en doute. La maladie néanmoins offre des résistances telles qu'elle dénote la profonde influence des conditions organiques préexistantes contre lesquelles tout traitement échoue.

Si des symptômes cérébraux prédominent, on devra recourir aux douches tempérées, aux bains, aux affusions prolongées spécialement en présence de l'insomnie et de la surexcitation. Delmas a encore constaté que l'action brusque perturbatrice obtenue à l'aide d'une douche en grosse pluie ou en cercle réussit souvent à enrayer une crise menaçante,

A la clinique de Tübingen, Liebermeister ⁽¹⁾ se loue de l'emploi systématique des bains froids. Tous les jours et à la même heure ses malades reçoivent, pendant quinze minutes, un bain froid à 18 à 19° C. Au début la température du bain est supérieure, à 27 et même à 32° C., mais on la diminue chaque jour d'un quart, d'un demi ou d'un degré jusqu'à ce qu'il ait atteint les 18 à 19° C. La température avec laquelle on débute et la rapidité avec laquelle on l'abaissera, varient d'après l'individualité du malade; on en convient au préalable avec lui et dès que la température a été fixée on ne la modifie plus. Liebermeister prolonge ces bains pendant des mois et parfois même, suivant les circonstances, pendant des années. Si un malade témoigne le désir de se baigner à une température inférieure, on peut y accéder, mais à la condition de raccourcir la durée du bain; ainsi un bain à 15° C. ne durerait que douze minutes, un bain à 12 à 13° C. ne pourrait durer que dix minutes. Immédiatement après ce bain le malade fait une promenade au grand air ou dans des corridors jusqu'à ce que la sensation de la réaction se présente. Liebermeister ne donne ces bains qu'aux malades dont l'état de nutrition ne laisse rien à désirer.

Ces procédés opératoires ont naturellement pour effet de favoriser considérablement les processus d'oxydation, de modifier sensiblement l'équilibre nutritif et d'augmenter la force de résistance. On peut encore leur attribuer une influence psychique en ce sens que les malades apprennent à avoir plus d'empire sur eux-mêmes. Au bout de peu de jours en effet, les hystériques commencent à agir par eux-mêmes, se présentent régulièrement au bain à l'heure voulue, préparent leur baignoire, la température de l'eau, etc.

Dans un autre travail ⁽²⁾ nous avons fait ressortir l'utilité de la faradisation générale dans la *mélancolie hystérique* avec apathie. Au cas où ce traitement est rendu impossible,

(1) LIEBERMEISTER. *Krankheiten des Nervensystems*, 1886.

(2) *L'électrothérapie dans les maladies mentales*, 1889.

Schüle ⁽¹⁾ obtient de très bons succès avec les enveloppements dans des linges imbibés d'eau modérément froide et avec les lotions froides. Contre les raptus aigus avec congestion céphalique qui succèdent fréquemment aux règles, Schüle fait des applications continues de glace en appliquant le réfrigérateur de Chapman à la région dorsale.

Le traitement par les douches froides qui donne aux hydrothérapeutes français tant de succès n'est généralement pas préconisé par l'École allemande. La plupart des médecins allemands même le déconseillent et se bornent à recommander les frictions ou les demi-bains avec l'eau à la température de 26 à 28° C. On s'explique aisément cette divergence d'opinion quand on considère que le procédé opératoire des douches en Allemagne diffère de celui utilisé en France. Dans ce dernier pays les douches froides se donnent de 6 à 12° C. pendant 10 à 15 secondes et à très haute pression, et de cette manière le malade ne se rend pas compte de la basse température du liquide. En Allemagne, beaucoup d'établissements ne disposent pas de la haute pression.

FOLIE ÉPILEPTIQUE. — La thérapeutique de l'état épileptique offre énormément de difficultés, autant en raison de la nature même de la maladie que de la multitude des causes qui peuvent contribuer à son développement. Quand il s'agit du traitement causal on peut se dire bien des fois que c'est beaucoup plus facile à dire qu'à faire. Nous n'avons pas à nous occuper ici de l'étiologie dans ses détails; il nous suffira de relever que, pour chaque malade, il faut avant tout procéder à une exploration aussi minutieuse que possible des différents organes, rechercher les cicatrices rétractées, les tumeurs, les séquestres osseux, les corps étrangers, les vers, l'état des fonctions menstruelles, sexuelles, etc.

Un traitement hydrothérapique ne peut se pratiquer dans cette psychose névrosique qu'en dehors de l'état mental qui

(1) SCHÜLE. *Traité clinique des maladies mentales*, 1888.

se présente le plus souvent par paroxysmes. L'hydrothérapie, dit Schüle, est d'une incontestable utilité dans l'épilepsie; elle doit être dirigée d'après les cas individuels et il faut que le traitement soit énergique et employé avec persévérance. Il recommande les lotions tempérées, les enveloppements dans le drap mouillé suivis d'une douche froide sur la tête (13 à 19° C.). Pendant l'été il préconise les bains de rivière. La douche, et la douche en pluie de préférence, doit être donnée avec prudence et sa durée ne peut pas dépasser dix à quinze secondes; on doit la faire porter aussi sur les épaules afin d'y provoquer des inspirations profondes, la faire suivre d'une friction vigoureuse sur tout le corps et partiellement sur la tête. Aussi Schüle recommande-t-il à tous ses malades qui se déclarent prêts à subir ce traitement, de porter les cheveux courts.

Pfeiffer a obtenu des bons résultats de l'hydrothérapie dans les cas récents où l'on ne peut encore supposer la moindre altération organique.

Savage ⁽¹⁾ se sert également de ce traitement chez les épileptiques à forme chronique dont la nutrition ne laisse rien à désirer. Il a recours aux bains froids de courte durée suivis d'une friction. Il utilise encore le maillot humide ou même l'emmaillotement des extrémités inférieures.

Beni-Barde commence toujours le traitement en se servant des douches mobiles, courtes, légères et très peu froides; il ne se décide à recourir à l'eau froide que par gradation et après avoir cherché à atténuer l'excitabilité provoquée par le froid à l'aide d'une application préalable de calorique. La douche mobile, facile à régler et alimentée à la fois par de l'eau chaude et de l'eau froide, lui paraît le meilleur des procédés hydrothérapiques. Afin de prévenir tout accident il est recommandable de ne traiter ce genre de malades qu'en les allongeant sur un lit spécial pendant l'application.

(1) *Klinisches Lehrbuch der Geisteskrankheiten*, 1887.

Chapman applique sur le dos du malade, pendant une durée de deux à dix-huit heures suivant les cas, un tube en caoutchouc rempli d'eau glacée; puis il frictionne les extrémités plongées dans l'eau chaude, les enveloppe à sec, et recommande ensuite des exercices violents, des inspirations profondes, etc. Cette influence heureuse de l'hydrothérapie qui a été nettement constatée par tous ceux qui ont institué et surveillé ce traitement, ne peut s'expliquer jusqu'ici au point de vue de la physiologie. Tout ce qu'on peut affirmer c'est qu'au moment de la douche le sang est reflué des parties périphériques vers l'encéphale et que, par les frictions énergiques, il est rappelé à la périphérie. La circulation se trouve encore favorisée par des inspirations profondes qu'on provoque.

Otto Soltmann dit avec raison que si ces malheureux, dès qu'ils ont présenté leurs premiers accès, étaient confiés à un établissement spécial où ils seraient soumis à un traitement de plusieurs années afin de rendre au système nerveux le degré de résistance voulue pour reprendre ses fonctions normales, la statistique des guérisons serait certainement moins affligeante. Les établissements hydrothérapiques qui posséderaient un quartier spécial pour ces malades, pourraient rendre de grands services.

Le traitement de l'épilepsie par les bromures n'exclut pas le traitement hydrothérapique. Les bains de mer et de rivière chauds sont avantageux de même que les frictions froides et les lotions chez les enfants forts. Ce traitement suivi rigoureusement pendant six à huit semaines donne, d'après O. Soltmann, de bons résultats dans les cas récents et parfois dans les cas invétérés. Au début le malade ne séjournerait dans le bain que pendant deux à trois minutes, jamais au delà de cinq. Mais tout traitement hydrothérapique qui donnerait lieu à une surexcitation s'annonçant par un frisson et dans n'importe quelle période de traitement devrait être abandonné ou tout au moins suspendu pendant quelques jours.

Le traitement de l'*hystéro-épilepsie* par l'hydrothérapie n'a donné jusqu'ici que des résultats douteux; aussi n'insis-

terons-nous pas sur les procédés recommandés dans cette affection.

MÉLANCOLIE. — Le traitement de la mélancolie a essentiellement pour but de calmer le système nerveux général, aussi bien le cerveau psychiquement hyperesthésié que les névralgies si fréquentes dans cette maladie; en même temps on ne perdra pas de vue l'état des voies digestives et on essaiera de relever la nutrition par les différents moyens dont la science dispose.

La mélancolie ne présentant pas des lésions anatomiques constantes, il est impossible de prescrire d'emblée le traitement qui convient à cette maladie. Ainsi, dans la mélancolie franche le tracé sphymographique se caractérise par un tricotisme ⁽¹⁾, indice d'une contraction artérielle accrue. Ultérieurement, et même quand on constate un trouble dans les fonctions nutritives, chez les personnes scrupuleuses ou anémiques par exemple, le sphymographe tracera les caractères du dicrotisme ralenti ou du monocrotisme, indice d'une paralysie vasculaire. Enfin il y a des cas très nombreux où le mélancolique donne des symptômes d'une hyperémie cérébrale, caractérisé par un pouls carotidien très fort et un pouls radial très petit avec extrémités froides). Cet état congestif s'observe dans les moments d'angoisse.

Ces quelques données suffisent pour comprendre la variation qui peut exister dans les prescriptions hydrothérapiques.

Ainsi dans les *états mélancoliques très prononcés* avec sensations d'angoisse, anomalies dans la circulation, extrémités froides et chaleur à la tête, Schüle ordonne des bains de pieds et des manuluves chauds, et au besoin l'usage temporaire de la glace.

Dans la *mélancolie simple*, il prescrit des bains tièdes avec compresses d'eau froide, donnés de préférence le soir.

Si le malade est anémique, les bains peuvent être avantageusement remplacés par des lotions tempérées administrées

(1) MEYNERT, *Klinische Vorlesungen über Psychiatrie*, 1889.

le matin et suivies de frictions; ces lotions exercent une action tonique aussi bien sur les fonctions digestives que sur les fonctions nerveuses.

Dans la *mélancolie grave*, allant jusqu'à la *mélancolie avec agitation*, le traitement sera sédatif; on prescrit à ces malades des bains tièdes un peu prolongés que quelques auteurs remplacent, avec les mêmes avantages, par le maillot humide.

Dans la *mélancolie avec stupeur* (*M. attonita*) de forme paralytique, lorsque l'état général du malade le permet et que la maladie existe déjà depuis quelque temps, la médication excitante doit être mise à l'essai; les frictions froides (13 à 18° C.) établies modérément, rendent parfois de très grands services; plus tard on peut les remplacer par des bains frais, même froids ou d'une douche de quelques minutes. Les auteurs sont unanimes à déclarer qu'il est indispensable de surveiller ce traitement et de ne donner les bains froids ou la douche froide que tous les deux jours au début. Schüle a obtenu de cette manière de très bons résultats avec la douche en pluie; il recommande de continuer ce traitement quand le résultat est favorable au bout de huit à dix jours et de l'abandonner s'il ne semble donner aucun avantage.

Dans les *mélancolies sexuelles* (par masturbation), en dehors du bromure de potassium, il est recommandable d'instituer un traitement local par des lotions froides.

Dans la *mélancolie avec hypocondrie*, on se conduira comme ci-dessus suivant la prédominance des symptômes et en soignant autant que possible l'état hypocondriaque.

Dans la *mélancolie des vieillards*, en raison de l'affaiblissement sénile, on s'abstient généralement du traitement hydrothérapique.

Dans la *mélancolie chronique avec digestion lente*, musculature molle, nutrition réduite, sensation de fatigue, absence d'énergie psychique et surtout dans les états d'épuisement qui suivent l'onanisme, Schüle a obtenu de très beaux résultats par des ablutions tempérées du dos. Finkelburg, Albers et Laehr confirment ces résultats.

Les ablutions régulières de tout le corps ⁽¹⁾ pratiquées le matin après le lever, et spécialement avec de l'eau à 18° C., dont on diminue successivement la température jusqu'à 12° C., suivies d'une bonne friction et au début d'un repos au lit pendant une à une minute et demie, ont une action très vivifiante. Ce n'est pas là seulement le résultat d'un effet physique par suite d'une augmentation des échanges, d'une amélioration de l'appétit et de la circulation (action tonifiante de l'innervation artérielle, dilatation réactive des vaisseaux cutanés et consécutivement dérivation des organes internes), mais encore un effet psychique très prononcé. Les natures molles qui jusque là se plaisaient dans la douleur, deviennent insensiblement plus courageuses, plus énergiques. Seulement cette cure doit être pratiquée très méthodiquement. En été, ces ablutions peuvent être avantageusement remplacées par des bains de rivière.

A titre de stimulant Cullerre ⁽²⁾ loue l'emploi du bain sinapisé. Il active les fonctions de la peau si languissantes chez les mélancoliques, excite les extrémités nerveuses et donne à la circulation une activité puissante des plus favorables aux échanges nutritifs.

Les règles qui précèdent donnent une idée de l'efficacité du traitement hydrothérapique dans cette maladie mentale. Aux noms de Schüle et de von Krafft-Ebing, nous pourrions joindre ceux de Cullerre, Savage, Hack Tuke, Schüle, Kräpelin, Salgó, Beni-Barde, etc., pour justifier l'importance de l'hydrothérapie dans cette psychose.

MANIE. — A mesure que l'excitation cérébrale et psychique devient plus intense, l'isolement sera plus rigoureux. On tâchera conséquemment, comme dans la mélancolie, de procurer au malade un repos aussi grand que possible ; on ne le fatiguera pas par des conversations ou des interrogations, on

(1) SCHÜLE. *Handbuch der Geisteskrankheiten*, 1880.

(2) *Traité pratique des maladies mentales*, 1890.

essaiera de lui procurer le sommeil. Cette partie du traitement ne se borne pas exclusivement à l'isolement ou au repos au lit; le médecin aliéniste prêtera une attention toute particulière à l'état général de son patient et spécialement à l'état hyperémique du cerveau qui peut être actif et passif, direct ou indirect.

Dans la *manie légère*, on se borne aux bains tièdes qu'on remplace par des bains froids de courte durée si l'excitation est considérable.

Les bains tièdes de 28 à 34° C. ⁽¹⁾ exercent non seulement une action rafraîchissante en provoquant dans le corps un processus physico-chimique, une action dérivative ou révulsive en augmentant le calibre des vaisseaux cutanés, en facilitant la résorption, en diminuant le pouls et la température du corps, mais encore une action sédative en stimulant les nerfs cutanés et en provoquant le sommeil. Les compresses froides sur la tête, ou mieux encore la calotte à eau froide de Leiter ou celle de Winternitz, coopèrent très activement à l'obtention du but que l'on désire atteindre par cette médication. Cette action adjuvante est surtout précieuse en présence d'une fluxion.

Les bains tièdes conviennent spécialement aux cas d'excitation aiguë, c'est-à-dire accompagnée de congestion active.

L'action sédative, manifeste, de ces *bains prolongés* a suggéré à Brierre de Boismont ⁽²⁾ l'idée de recommander la prolongation de ces bains pendant plusieurs heures, même jour et nuit, en prenant la précaution de les maintenir à une tempé-

⁽¹⁾ Rud. Arndt fait observer dans son *Lehrb. der Psychiatrie*, 1882, qu'il est impossible d'imposer une température pour le bain des malades. Une température donnée est agréable à tel malade, désagréable à tel autre. C'est une grande erreur que de prétendre que c'est là le fait de l'imagination ou d'un caprice. Les bains doivent être à une température agréable au malade tout en se rapprochant autant que possible de celle sus-indiquée.

⁽²⁾ *De l'emploi des bains prolongés et des irrigations continues dans le traitement des formes aiguës de la folie et en particulier de la manie*, 1847.

rature constante. Brierre soumettait aux bains prolongés tous ses cas de manie et de mélancolie de date récente, surtout de nature alcoolique ou puerpérale.

Les avis des médecins aliénistes sont très divisés au sujet de l'action de ces bains prolongés. Schüle les recommandait beaucoup autrefois; aujourd'hui il ne les prescrit plus que lorsque le malade agité consent à y rester de lui-même sous la surveillance d'un gardien. Il reste partisan du bain modérément prolongé, de trois à quatre heures; dans certains cas il les donne même deux fois par jour. Le second bain se donne alors le soir, vers 6 heures en hiver, vers 7 à 8 heures en été. D'après Emminghaus, les malades qui reçoivent leur bain le soir, passeraient une nuit plus tranquille.

Dans les cas de manie chronique accompagnée de fluxion et d'excitation, Schüle prescrit tous les soirs des bains de pieds ou de larges sinapismes.

Neurington et Laurent ont recommandé des bains généraux sinapisés, mais Laehr ⁽¹⁾ a en fait également usage sans avoir eu à se louer des résultats obtenus. Leur action est trop passagère. Ces bains d'ailleurs ne sont pas sans inconvénients puisque certains malades se baignent inconsciemment les yeux avec l'eau de leur baignoire.

Les bains prolongés trouvent une contre-indication dans les cas d'anémie et d'épuisement et chez les malades qui souffrent d'une grande faiblesse cardiaque.

Il se peut que les malades ne trouvent aucune efficacité dans les bains, prolongés ou non, soit par une espèce de frayeur soit pour un autre motif. Dans ces cas, spécialement quand il existe un état congestif du côté du cerveau, on peut appliquer les compresses froides, les vessies de glace ou la calotte à eau glacée de Leiter, le malade se trouvant dans la position assise ou restant couchée au lit. L'action avantageuse du froid se fait ressentir aussitôt par un calme plus grand et une tendance au

⁽¹⁾ *Allg. Zeitschr. für Psychiatrie*, t. 26, p. 253.

sommeil. Si, contre toute attente, l'action sédative ne se montre pas, il est inutile de prolonger l'application du froid.

Schüle⁽¹⁾ utilise encore, dans les cas de manie peu prononcée, les bains froids à une température de 15 à 20° C. et d'une durée de huit à dix minutes, avec application de glace sur la tête; ils sont donnés sous la surveillance du médecin. Pendant et après le bain, il prescrit un peu de vin et fait procéder aux frictions avant de coucher le malade au lit. Ces bains froids lui ont paru les plus utiles dans les formes prolongées, pour obtenir une réaction psychique. Toutefois ces bains ne peuvent être administrés sans s'être rendu un compte exact de l'état physique de l'individu, attendu que la grande débilité et les affections pulmonaires et cardiaques contre-indiquent leur emploi.

Svetlin⁽²⁾ loue l'usage de l'emmaillotement à l'aide de linges trempés dans l'eau de 18 à 20° C. pour combattre l'excitation maniaque. Il prétend même avoir coupé ainsi une manie périodique au début et avoir diminué l'intensité de l'excitation en diminuant la température et la fréquence du pouls. L'action hypnotique ne ferait jamais défaut. Déjà après quinze à trente minutes on observe que les malades deviennent plus tranquilles et que la circulation se ralentit. Svetlin débute avec un emmaillotement de deux à deux heures et demie de durée et il continue ainsi jusqu'à ce que le sommeil devienne plus court et plus profond. A partir de ce moment la durée de l'emmaillotement est diminuée. Kräpelin, von Krafft-Ebing, Schüle, Arndt, Salgó, en ont obtenu de bons résultats, spécialement chez les malades faibles. Salgó⁽³⁾ recommande l'emmaillotement dans beaucoup de cas d'excitation très prononcée et de longue durée où les narcotiques restent sans effet. Ce procédé n'offre pas d'inconvénients et les malades l'acceptent généralement sans la moindre répugnance.

(1) *Traité clinique des maladies mentales*, 1888.

(2) *Psychiatr. Studien*, v. Leidesdorf, 1877.

(3) *Compendium der Psychiatrie*, 1888.

Dans la *manie avec fureur* et dans la *manie grave*, les mêmes bains peuvent être prescrits, mais dans cette dernière forme on donne la préférence aux bains froids et aux enveloppements de Priessnitz avec application de glace.

Dans la manie transitoire, Emminghaus applique toujours des compresses de glace sur la tête.

Si la manie a passé à l'état chronique, le médecin se guidera d'après l'état d'ensemble du malade, c'est-à-dire suivant la prédominance de la perte psychique, de l'état de l'hyperémie cérébrale persistante, de l'état anémique, etc. Les bains quotidiens prolongés peuvent encore être très efficaces dans la manie chronique de nature congestive.

L'hydrothérapie, et spécialement les bains froids, les bains tièdes et le maillot humide, est conséquemment d'un usage journalier dans le traitement de la manie. Parmi les auteurs modernes qui ont traité cette question nous n'en avons rencontré aucun qui ne fasse pas l'éloge du traitement hydrothérapique dans cette psychose.

PARALYSIE GÉNÉRALE PROGRESSIVE. — Cette affection, trop souvent méconnue au début, est néanmoins susceptible d'un traitement sérieux si on peut la surprendre à sa première période. Ce traitement consiste à tonifier sans irriter et à lutter contre l'hyperémie et l'affection vaso-motrice du cerveau.

Les paralytiques généraux, internés dans un asile tranquille où ils peuvent s'occuper au grand air, aux travaux de jardinage par exemple, où ils se trouvent à l'abri de toute cause d'émotion et où ils subissent un régime propre à leur état, peuvent trouver de grands avantages dans le traitement hydrothérapique; toutefois ce traitement doit varier suivant la forme particulière qu'affecte la maladie.

Ainsi chez les sujets robustes avec hyperémie encéphalique prédominante, on pourra faire usage de la glace, des bains avec compresses froides et des pédiluves. — Si l'hyperémie se prolonge ou se complique d'agitation (face vultueuse, pouls carotidien, céphalalgie, sommeil agité, rêves) on donnera la

préférence aux bains prolongés pendant deux à trois heures à une température de 27 à 28° C. en ayant soin de refroidir la tête du malade pendant toute la durée du bain. Il en sera de même lorsque la maladie, à marche chronique, prend brusquement la forme galopante; l'action réfrigérante permettra de lutter contre l'inflammation cérébrale.

Nous pourrions nous étendre plus longuement sur la valeur de l'hydrothérapie dans d'autres formes morbides, mais nous nous écarterions du but proposé; aussi nous résumerons-nous en déclarant que l'hydrothérapie permet de diminuer l'afflux du sang vers le cerveau en rétrécissant le calibre des vaisseaux d'une manière directe ou par voie réflexe et que les applications froides permettent d'atteindre ce résultat.

Elle peut, inversement, favoriser la circulation du sang dans le cerveau, soit en diminuant l'excitabilité générale par l'emploi des bains tièdes et des maillots de Prissnitz plus ou moins prolongés, et en procurant ainsi à la fois une action rafraîchissante, une action dérivative et une action calmante, parfois même une action hypnotique; — soit en augmentant l'activité cardiaque par l'application des compresses chaudes sur la tête, par des frictions humides de 20 à 28° C., des douches de courte durée ou par des demi-bains frais avec fortes affusions d'eau froide suivies d'une friction, même par des lotions et des ablutions à la température de 15 à 25° C. suivies à leur tour de fortes frictions. Sous cette influence on provoque un véritable réveil des fonctions qui reprennent leur état normal et régèrent tout l'organisme.

En tenant compte du mode d'action des différents procédés opératoires en hydrothérapie, il est aisé de comprendre toute leur importance en médecine mentale. Ainsi pour répondre à l'indication causale on se rendra compte du grand rôle qui revient à la thérapeutique de l'hyperémie cérébrale et même médullaire; l'application du froid y donne de brillants résultats. Si on ne s'explique pas d'une manière absolue l'action des compresses froides ou de la glace fondante à travers les

cheveux et les couches sous-jacentes, attendu que la dure-mère et le cerveau reçoivent d'une manière continue du sang chaud à chaque nouvelle pulsation cardiaque. l'action favorable du froid sur certains processus cérébraux est indéniable; dans les états fébriles il contribue au refroidissement de la peau et à amener le calme dans les extrémités nerveuses sensibles excitées par la chaleur fébrile. Nous en faisons l'application journalière en plaçant la main froide sur le front pour diminuer ou faire disparaître la céphalalgie. Nous constatons tous les jours cet heureux résultat dans les hyperémies actives et dans certaines encéphalopathies aiguës. Il n'est plus de même dans les formes passives ou chroniques et dans les psychoses dues à cet état congestif; ici l'hydrothérapie ne répond pas aux exigences de l'indication causale, mais elle répond parfois merveilleusement à une indication symptomatique, et comme telle les applications hydrothérapiques peuvent rendre d'énormes services.

ANALYSES D'OUVRAGES.

MAJESTATSBELEIDIGUNG. SINNESVERWIRRUNG (KRANKHAFT BEWUSSTLOSIGKEIT) AUF GRUNDLAGE VON NEURASTHENIE, von Prof. VON KRAFFT-EBING, de Vienne.

Analyse par le Dr LENTZ, membre titulaire.

Von Krafft soumet à l'appréciation de notre Société un rapport médico-légal, intitulé : *Outrage à la personne royale : trouble des sens, inconscience morbide se produisant sur un fond de neurasthénie.*

L'inculpé W... S. est un professeur qui, pendant une discussion de cabaret, se serait écrié en parlant d'un monarque autrichien : « Mais comment s'appelle donc ce mauvais drôle ! » Des témoins rapportent que W... S. aurait bu environ cinq à six verres de bière, qu'il semblait bizarre et qu'il titubait en allant d'une pièce à l'autre.

Lui-même reconnaît avoir pu proférer les paroles qu'on lui reproche, mais il affirme ne conserver ni conscience ni mémoire du fait incriminé. Il avait longtemps résidé dans un couvent où sa conduite avait toujours été excellente, et en était sorti pour aller consulter à Gratz un spécialiste ; depuis longtemps déjà il souffrait d'une maladie nerveuse, et quand il était entré à l'estaminet où s'est passé ce fait, il avait accompli un long trajet par un soleil ardent.

La santé physique est bonne, mais le tempérament est particulièrement nerveux ; différents symptômes indiquent l'existence d'un état évident de neurasthénie et particulièrement de cérébrasthénie, tels sont : céphalalgie, poussées congestives vers la tête, affaiblissement de la mémoire, sommeil agité avec réveil en sursaut, fatigue cérébrale facile, incapacité de travail passagère. Cet état dure depuis longtemps et a subi des périodes de rémission et d'aggravation sous l'influence de causes morales, au point de forcer le malade à abandonner sa profession. W... n'est pas buveur, seulement il supporte de moins en moins les alcooliques, bien qu'il cherche parfois dans leur jouissance l'oubli de chagrins et de peines morales. Il lui serait arrivé plus d'une fois de conserver dans sa conduite et ses actes toutes les apparences de la raison, bien qu'il perdit complètement plus tard le souvenir de ce qu'il avait fait.

Pas d'antécédents héréditaires évidents : le père est très nerveux et très irritable; la mère est colérique et insupportable. Lui-même est porteur de stigmates psychiques; il s'est livré à l'onanisme et était affligé d'inversion du sens génital.

Congédié, il avait quitté le couvent où il était employé, dans un état de grande excitation; il fit une marche à pied de quatre lieues, à travers un soleil brûlant et arriva à destination, harassé et épuisé de fatigue; se sentant mal à l'aise, il vit plusieurs cabarets, but par ci par là un verre de bière, et finit par se trouver plus ou moins troublé, l'intelligence obscurcie, ne sachant même plus se rappeler par quelle maison il avait passé. Puis l'inconscience devint plus complète et W... ne parvint plus au lendemain du 27 à se rappeler aucun des faits qui s'étaient passés la veille au soir.

Il ne s'explique pas comment la chose a pu arriver; rejette bien loin l'idée d'ivresse et s'émeut quand on lui apprend que cet état peut être en rapport avec son affection mentale.

Von Krafft base toute son appréciation de l'état mental de l'inculpé sur l'amnésie complète que caractérise le fait incriminé; il en conclut que le malade a agi et parlé inconsciemment. L'hypnotisme et le somnambulisme prouvent, dit-il, que la conduite et la conversation d'un homme peuvent paraître raisonnables bien qu'elles soient absolument inconscientes.

En dehors de la passion et de l'intoxication, un état de trouble mental ne peut se produire que chez des déséquilibrés ou des dégénérés, et il est évident que l'inculpé offrait tous les caractères d'une neurasthénie évidente. Ici, comme dans l'épilepsie et l'hystérie, des causes morales et physiques, inquiétude, chagrins, insolation, marche forcée peuvent amener une modification circulatoire qui aboutit à un état de trouble mental passager.

Tel est le cas de l'observation de von Krafft à laquelle nous n'ajouterons qu'un mot c'est que la preuve réelle de ces états de trouble intellectuel réside presque entièrement dans l'amnésie et si celle-ci est parfois évidente, il faut cependant être très réservé sur son existence, car c'est un symptôme facile à alléguer et difficile à prouver et à démontrer.

DIE LEHRE VON DER VERWIRRTHEIT, von Prof. WILLE, in Basel.

Analyse par le Dr J. AL. PRETERS, membre titulaire.

Le mot « Verwirrtheit » appelé à désigner une affection mentale n'a pas de terme correspondant en français; il signifie confusion,

ce qui indique assez bien un des symptômes principaux de la maladie. Celle-ci d'ailleurs a fort peu fixé l'attention des médecins français à part Esquirol, qui la rattache à la démence; elle n'est pas même mentionnée dans les traités classiques et ne figure pas dans les classifications anciennes ou récentes. D'après l'honorable professeur de Bâle, on la rencontre à peu près aussi souvent que la mélancolie et la manie, peut-être plus souvent que cette dernière.

Le sexe féminin et l'âge de 20 à 40 ans d'après le prof. Wille, jusqu'à 50, mais pas au delà, d'après Meynert, fournissent le plus grand nombre de cas. L'hérédité ne joue pas un grand rôle; il faut plutôt tenir compte de la débilité constitutionnelle engendrée par le rachitisme, les maladies graves de l'enfance, ou plus tard par des états fébriles, des accouchements répétés, des hémorragies, la misère, de fortes émotions, le surmenage cérébral. Von Krafft-Ebing rapporte à cet état la folie par épuisement chez les prisonniers. L'onanisme compte aussi parmi les causes prédisposantes.

Parmi les causes occasionnelles on cite surtout les fortes émotions, la surprise, la terreur, la colère, les causes prédisposantes déjà signalées, et surtout l'état puerpéral, dont les troubles intellectuels prennent souvent la forme que nous décrivons.

La maladie revêt la forme aiguë ou chronique.

La terminaison se fait par guérison, par le passage à l'état chronique suivie de guérison ultérieure, à l'état chronique sans guérison, par la mort.

Au point de vue anatomo-pathologique, on ne constate pas d'autres lésions que celles qu'on rencontre dans les psychoses fonctionnelles : des états d'anémie et de congestion du cerveau, de l'hydrocéphalie interne et externe, des opacités des méninges très marquées relativement à la marche rapide du mal. Le cerveau est souvent plus ou moins atrophié. L'existence de cette atrophie engage l'auteur à placer la maladie entre les psychoses fonctionnelles (manie, mélancolie, paranoïa) et les psychoses à lésions anatomiques déterminées. On a parfois rencontré l'état graisseux du cœur et les troubles produits par cette dégénérescence des tissus ont été mis en rapport avec certains symptômes de l'affection.

Cette affection débute souvent par un stade hallucinatoire aigu, ce qui lui a fait donner le nom de délire hallucinatoire aigu, terme commode mais incorrect. Elle se caractérise plus tard par de l'obscurcissement intellectuel, un délire incohérent, une mobilité sans but, alternant avec des états d'excitation et de stupeur.

Les hallucinations surtout visuelles, sont en général désagréables, effrayantes et donnent lieu à des explosions d'angoisse, de tristesse, de colère, plutôt qu'à de la satisfaction et de la gaieté. Elles se mani-

festent surtout à l'origine, diminuent et disparaissent quelquefois complètement quand les autres symptômes ont atteint leur développement complet.

Les principaux symptômes psychiques sont : l'égarement « die Verwirrtheit, » *de verwarring* diraient les Néerlandais, et les troubles de la conscience. La perception se fait mal, l'attention est affaiblie, les malades ne comprennent que lentement, incomplètement, et parfois pas du tout ce qu'on leur dit. La mémoire est complètement en défaut. Les propos sont incohérents; les réponses, souvent absurdes, n'ont quelquefois aucun rapport avec la question. Les malades n'ont aucune idée de leur situation, ils sont complètement désorientés au milieu des personnes et des choses. La sensibilité affective et morale est éteinte ou du moins engourdie; l'action de la volonté se manifeste par des actes extravagants. La maladie passée, le sujet ne se rappelle pas ou se rappelle incomplètement ce qui s'est passé.

On observe parfois dans cette affection des alternatives d'excitation et de stupeur. Il y a donc des symptômes de débilité en même temps que des symptômes d'excitation cérébrale.

La physionomie, le regard inintelligent, tout le maintien indiquent que le malade ne comprend pas ce qui se passe autour de lui, ce qu'on lui dit. Quand il est tranquille, la faiblesse physique se fait jour. Il existe de l'incertitude de la marche et de tous les mouvements, un tremblement plus ou moins général, des crampes, des secousses musculaires, de la faiblesse du cœur et du poulx. Le facies est anémique, mais congestionné durant les périodes d'excitation.

Les troubles des premières voies sont fréquents et le refus de manger n'est pas rare. Il y a souvent un peu de fièvre le soir. Le sommeil est généralement mauvais.

Le diagnostic différentiel peut être difficile à établir, l'égarement se montrant dans beaucoup d'affections à titre d'incident : dans la manie, la mélancolie agitée, la paranoïa, la folie paralytique. La marche ultérieure des symptômes permet au médecin de se reconnaître. M. Wille signale l'impossibilité de s'orienter, de se reconnaître au milieu des personnes et des choses, les actes extravagants, l'égarement, en un mot, comme le symptôme dominant du délire hallucinatoire aigu. Il attache aussi une grande importance aux alternatives de stupeur et d'excitation, et dans les cas aigus, aux troubles somatiques.

Nous sommes tenté de croire que ces aliénés sont le plus souvent confondus avec les maniaques. Le stade de délire hallucinatoire est passé quand les malades sont conduits à l'asile et ce sont ces phénomènes d'excitation qui nous frappent le plus. Les symptômes de stupeur sont alors regardés comme une réaction naturelle succédant

à l'excitation et le diagnostic de manie est inscrit dans nos registres. Pourtant la manie et le délire hallucinatoire aigu se distinguent facilement par leur marche et leurs symptômes. La manie se développe graduellement, passant de la forme légère à la forme aiguë; le délire hallucinatoire aigu commence brusquement, bruyamment et atteint d'un coup le maximum d'intensité. L'incohérence est apparente dans la manie, elle est réelle dans le délire hallucinatoire. Les pensées des maniaques sont souvent logiques et naturelles, spirituelles mêmes; la mémoire est exaltée et les malades, une fois calmés, se rappellent parfaitement ce qu'ils ont dit et fait pendant leur accès; l'égarément dans le délire hallucinatoire aigu est complet et la mémoire est affaiblie, sinon abolie.

Le délire aigu a des rapports évidents avec le délire hallucinatoire. M. le Prof. Wille admet que ces deux états se confondent souvent.

Le pronostic est moins favorable que dans la manie et la mélancolie; ce que nous avons dit de l'anatomie pathologique ne laisse aucun doute à ce sujet. Depuis que mon attention spéciale a été appelée sur le délire hallucinatoire, j'ai vu plusieurs cas se terminer, quelquefois rapidement, par la guérison. Meynert, Kahlbaum, et l'auteur admettent que dans la forme chronique on observe assez fréquemment des guérisons tardives.

Le traitement différera selon la prédominance des symptômes de débilité ou d'excitation cérébrale. Dans le premier cas on aura recours à l'isolement, au repos au lit, à un régime réconfortant et de facile digestion. Des bains généraux pas trop prolongés seront utiles.

L'insomnie constitue le symptôme le plus important de l'excitation; on peut la combattre par les bains, les enveloppements, les alcooliques; si ces moyens sont insuffisants on administrera les bromures ou le chloral à petites doses.

Quand l'excitation domine, le traitement sera celui de la manie aiguë : réfrigération de la tête, bains frais, doses élevées de bromure et de chloral, repos au lit, bonne alimentation.

Les malades refusant souvent de se nourrir, il faudra accorder une grande attention à l'alimentation.

PARERE FRENOLOGICO SU NAPOLEONE I. E GIUSEPPE GARIBALDI,
par le D^r BIAGIO G. MIRAGLIA.

Analyse par M. le Professeur R. BODDAERT, membre titulaire.

Dans une étude phrénologique sur Napoléon 1^{er} et Garibaldi, M. Miraglia, qui est un adepte des doctrines de Gall et croit pouvoir

reconnaître à la surface du crâne le siège des diverses facultés, signale, comme particulièrement développées chez Napoléon 1^{er}, la combattivité, la destructivité, la sécrétivité, l'estime de soi, la circonspection, la fermeté, l'espérance, l'individualité, la configuration, l'étendue, l'éventualité, la causalité ; et, chez Garibaldi, l'affectionivité, la combattivité, la destructivité, la sécrétivité, la constructivité, l'estime de soi, la bienveillance, la fermeté, la conscienciosité, l'étendue et la comparaison.

En rapprochant les principales de ces données et en s'attachant surtout à l'examen des facultés supérieures, celles de la réflexion, qui constituent le fond de l'intelligence et de la raison humaines, l'auteur constate que la causalité prédomine chez Napoléon et la comparaison chez Garibaldi. La première de ces facultés, dont procède l'analyse, conduirait aux hypothèses et aux abstractions, tandis que la seconde, dont dérive la synthèse, donnerait à l'esprit l'exactitude et les appréciations positives.

Dès lors, l'auteur croit pouvoir expliquer aisément les destinées si diverses de ces deux hommes célèbres ; ils ont dû prendre des directions essentiellement différentes. Le premier, perdu dans ses abstractions, finit par se croire un Dieu, sacrifia tout à sa personnalité et disparut en laissant derrière lui un amas de ruines. Garibaldi, au contraire, plus synthétique, n'oublia jamais la solidarité qui le liait à l'humanité entière et consacra toute sa vie à la délivrance des peuples opprimés.

PROLUSIONE DI TERZO CORSO DI FRENOLOGIA, per le D^r BLAGIO
G. MIRAGLIA.

Analyse par M. le Professeur R. BODDAERT, membre titulaire.

Dans une leçon d'introduction au troisième cours de phrénologie qu'il a professé à Naples, M. Miraglia se propose d'établir les dispositions innées et les conditions d'ordre phrénologique qu'il considère comme indispensables à l'étude de la physiologie cérébrale et, d'une manière générale, à la culture des sciences, des lettres et beaux-arts.

Il fait remarquer d'abord que le cerveau n'est pas une masse d'une constitution homogène ; il y reconnaît plutôt un groupement d'organes qui correspondent respectivement aux diverses facultés primitives. Les différences de structure que présentent ces organes sont en relation directe avec le degré de développement des facultés.

On dit qu'on naît poète; mais il y a bien d'autres aptitudes de naissance, et, pour l'esprit humain, les divers modes d'activité s'exercent d'une façon plus ou moins complète d'après le degré de perfectionnement, d'après la puissance d'action des organes qui leur sont affectés. Il y a donc, de ce chef, des dispositions innées : les reconnaître, les diriger et les perfectionner, tel doit être le but de l'éducation. La phrénologie en fournit les moyens; c'est la science qui détermine les fonctions du cerveau en général et de chacune de ses parties considérée comme organe des facultés intellectuelles. Les manifestations si variées de l'intelligence humaine se produisent à la suite de combinaisons qui unissent pour un but commun un certain nombre de facultés, plus ou moins énergiques, d'après les dispositions innées de l'individu.

Le phrénologiste, qui est appelé à discuter ces divers problèmes, doit posséder d'abord des notions complètes sur un assez grand nombre de sciences; il doit connaître avant tout l'anatomie humaine, l'anatomie et la physiologie comparées, les tendances et les aptitudes industrielles de l'homme et des animaux; il sera doué d'une grande puissance d'induction. Dans ces conditions, il pourra faire des applications utiles de la physiologie cérébrale aux divers ordres de connaissances humaines, principalement à la médecine et à l'étude des phrénopathies en particulier. On ne se rend pas exactement compte des troubles de l'état mental si l'on ignore la manière dont il est normalement constitué.

L'investigation philosophique, qui complète ce genre d'études, suppose une combinaison heureuse des deux facultés mentales supérieures, de celles qui forment la réflexion et la raison humaines; l'une est la source de l'analyse, l'autre celle de la synthèse.

L'esprit d'analyse fixe la dépendance qui lie les divers phénomènes; il établit le rapport entre l'effet et la cause; il développe la pénétration métaphysique et la tendance aux abstractions.

Par contre, l'esprit de synthèse mène aux notions positives; il produit l'exactitude dans les jugements, la sagacité dans les comparaisons.

Si ces deux facultés se balancent dans une juste proportion, on obtient le véritable esprit philosophique; mais si l'une d'entre elles vient à prendre trop d'empire, on aboutit à des résultats incomplets et inexacts. Les divers systèmes philosophiques peuvent se ranger en deux catégories, suivant qu'ils se basent plus particulièrement sur l'analyse ou sur la synthèse.

On pourrait déterminer de même les conditions qui correspondent aux aptitudes du législateur, du jurisconsulte, du peintre, du sculpteur, etc.

CONFERENZE CONTRO LE VIVIZZIONI, par le D^r BIAGIO G. MIRAGLIA.

Analyse par M. le Professeur R. BODDAERT, membre titulaire.

La troisième brochure de M. Miraglia comprend trois conférences qu'il a faites à la Société zoophilique de Naples contre les vivisections. Pour lui, les vivisections sont inutiles, elles mènent à des résultats inexacts, et n'offrent pas la moindre utilité pratique. Toutes les découvertes que les vivisecteurs attribuent à leurs expériences s'étaient déjà opérées antérieurement au moyen des procédés logiques de l'anatomie, de l'investigation clinique et de l'observation inductive. Non-seulement les vivisections ont embrouillé et fait reculer la science, mais elles sont encore profondément immorales : elles développent, parmi la jeune génération médicale surtout, l'esprit de dépravation et de férocité. L'auteur cite, à l'appui de ses assertions, le sentiment d'un certain nombre de médecins et de chirurgiens, parmi lesquels on s'étonne de rencontrer Cl. Bernard. D'après M. Miraglia, l'illustre physiologiste aurait fait plus que condamner les vivisections quand il a dit : quelle confiance peut-on avoir dans des théories fondées sur des faits physiologiques inexacts?

On doit regretter de trouver de telles dispositions d'esprit, de telles exagérations et une telle logique chez un homme de science. Il est inutile, je pense, de faire remarquer que toute l'histoire de la physiologie proteste contre les attaques passionnées et injustes de M. Miraglia. L'observation seule ne donne le plus souvent, en physiologie, que des résultats incomplets; l'induction la plus puissante, si la preuve expérimentale fait défaut, ne réussit que rarement à établir un rapport de cause à effet entre les phénomènes que les organismes présentent à l'état d'activité. Ailleurs encore que dans les sciences physiologiques, le progrès entraîne parfois de cruelles nécessités.

Mais notre distingué confrère, qui a malheureusement succombé depuis, a d'autres titres à son actif. On lui doit un assez grand nombre de publications intéressantes, dont la plupart traitent des maladies mentales ou de la pathologie nerveuse. Il s'était aussi occupé avec succès des dispositions architecturales qui conviennent aux asiles d'aliénés; il comptait de très honorables services comme directeur de l'établissement d'Aversa. Sa notoriété scientifique lui avait valu l'affiliation à de nombreuses Compagnies savantes : nous aurions été heureux de reconnaître toute une vie de travail et de dévouement en vous proposant de l'associer à nos travaux.

REVUE DES JOURNAUX.

Sur les modifications des centres nerveux sous l'influence d'irritations périphériques, par D^r SADOVSKY, 1889. (Dissertation.)

Les maladies fonctionnelles ne sont-elles pas basées sur un changement organique des centres nerveux, résultant de la surexcitation des fibres nerveuses périphériques ? L'auteur a fait à ce sujet des expériences sur des chiens et des lapins. Il irrita les nerfs vagues, sciatiques, intercostaux et le nerf grand auriculaire ; comme agent d'irritation, il se servit de l'électricité et du traumatisme. La durée de l'action irritante fut de 7 à 70 jours. L'auteur observa que la partie centrale du nerf soumis à l'irritation restait intacte, mais de sérieuses altérations se produisirent dans les cellules nerveuses des ganglions ; il y constata la vacuolisation aussi bien centrale que périphérique, la nécrose par coagulation, la dégénérescence galianneuse de la périphérie des fibres nerveuses. En outre il y avait dans quelques cas de l'infiltration du tissu conjonctif des ganglions par des éléments ronds et une congestion des vaisseaux ganglionnaires. Il admet qu'à la suite de l'irritation périphérique prolongée, les impulsions transmises par la partie intacte de nerf au ganglion central, provoquent un surcroît de dépenses de force vitale dans les cellules nerveuses de ce dernier, amènent l'impossibilité de suffire à ces dépenses, malgré que la quantité de matériel nutritif ne soit pas amoindrie. A la suite de ce surmenage fonctionnel il se présente une suite de processus atrophiques, qui se terminent par la nécrose de la cellule. La lésion des cellules centrales, résultat de l'irritation périphérique, sans être accompagnée de l'altération de la partie centrale du nerf, a été expliquée par Vredesky, qui prouva expérimentalement qu'à l'état normal et dans des conditions normales le nerf ne subit pas d'épuisement ; qu'au contraire la lésion des ganglions intercostaux, comme centre trophique, ne reste point indifférente pour la moelle épinière, qu'elle provoque une altération de la substance grise et de la substance blanche. Aussi l'auteur conclut-il qu'il existe des altérations organiques dans la majorité des maladies, désignées sous le nom de troubles fonctionnels du système nerveux.

P. K.

De l'hypnotisme chez les grenouilles, par E. BERNADSKY
(Arch. de psychiatrie du prof. Kovalevsky, 1889, 3).

Déjà après les expériences de Kircher, il fut démontré que les animaux sont hypnotisables comme les hommes, c'est-à-dire qu'ils subissent l'influence des causes externes, qui provoquent dans le système nerveux ce changement comme sous le nom d'hypnose. Nous connaissons l'action stimulante ou l'action dépressive de beaucoup d'agents chimiques sur le système nerveux. Quelle sera l'influence de ces agents sur l'état hypnotique de l'animal? Cette question fut posée par le prof. Taumas, de Varsovie, qui chargea son élève, M. Bernadsky, de la résoudre. B. étudia l'action de strychnine, de la thébaine et de l'atropine sur l'hypnose des grenouilles et arriva aux conclusions suivantes : sous l'influence de la strychnine et de la thébaine l'hypnose de profonde qu'elle était devint légère et l'activité réflexe des animaux hypnotisés se trouva augmentée. L'atropine eut une action toute opposée sur l'état hypnotique de l'animal; elle facilita la production de l'hypnose et la rend plus profonde; elle exerce ainsi une action toute opposée à celle de la strychnine et de la thébaine. L'hypnose est donc un état analogue au sommeil, mais elle en diffère en ce que dans l'état hypnotique l'excitabilité du cerveau se trouve augmentée, tandis qu'elle est affaiblie pendant le sommeil. Quant à la moelle épinière, elle se trouverait dans un état de dépression pendant l'hypnose.

P. K.

Troubles sensitifs et ataxie, p^r RUMPF (Neur. Centralbl., 1889).

D'après Goldscheider, des courants faradiques de forte intensité déterminent une diminution de la sensibilité cutanée et articulaire; mais il n'est pas exact de dire, comme cet auteur, que cette diminution de sensibilité produit de l'ataxie. Le cas de R. le démontre; le malade avait les mains atteintes de parésie notable de la sensibilité sous toutes ses formes tant cutanée qu'articulaire et musculaire; cependant il n'existait pas trace d'ataxie ni des mouvements, ni de l'écriture. Il est à remarquer cependant que, lorsque le malade fermait les yeux, sa signature et les caractères qu'il traçait, devenaient plus grands.

J. D. B.

Des rapports entre la syphilis et le tabes dorsal, par STRUMPELL
(Neurolog. Centralbl., 1889).

Il n'est plus que peu médecins aujourd'hui qui doutent encore qu'il existe quelque rapport entre le tabes et la syphilis. Les statistiques d'abord prouvent que la plus grande partie des tabétiques

ont eu la syphilis; certains cas spéciaux en outre mettent en évidence, par les particularités qu'ils présentent, ce rapport entre les deux affections (tabes chez deux époux, chez des femmes de la meilleure société, chez des enfants dans des cas de syphilis héréditaire).

Mais ce rapport une fois établi, encore est-il nécessaire de déterminer de quel genre il est. Il est difficile de ranger le tabes dans les affections syphilitiques tertiaires; l'action du mercure et de l'iode n'est pas comparable dans les deux affections et l'on sait que leurs lésions anatomiques sont différentes.

Ceci prouve tout simplement que le tabes n'est pas une affection syphilitique tertiaire, mais une maladie post-syphilitique. Il entre ainsi dans ce groupe de maladies nerveuses secondaires, consécutives aux infections les plus diverses; il prend sa place parmi ces dégénérescences caractéristiques de certains territoires nerveux qui surviennent après une atteinte de fièvre typhoïde, de diphtérie, de dysenterie et même de tuberculose chronique; comme dans ces affections, on n'y retrouve aucune des lésions spécifiques de la maladie primaire.

Des poisons chimiques sécrétés pendant l'infection et dégagés en petite quantité sans doute, mais lentement et continuellement, déterminent l'atrophie lente de certains faisceaux nerveux. Nous n'avons plus besoin d'invoquer des lésions vasculaires pour expliquer ces altérations et nous voyons s'ouvrir une voie nouvelle à la thérapeutique du tabes.

Ce qui précède est encore vrai pour la paralysie générale; elle est proche parente du tabes et constituée par un processus analogue.

J. D. B.

Modifications de température de l'écorce cérébrale dans les états émotifs, par EUG. TANZI (*Riv. sper. di Fren.*, 1888).

Ces recherches ont été faites chez le singe et le chien à l'aide d'appareils thermo-électriques. Elles ont démontré que toute excitation portée sur l'animal en expérience a pour conséquence de faire varier la température de l'écorce cérébrale; ces variations sont irrégulières, positives ou négatives; elles ont en général une valeur de $\pm 1^{\circ}\text{--}2^{\circ}$, parfois même de $\pm 3^{\circ}$ C. Elles sont indépendantes des pulsations artérielles et des mouvements respiratoires et doivent être attribuées aux modifications microchimiques que subit la substance cérébrale à la suite du travail psychique. L'activité de l'esprit est signalée par une diminution de température; le repos par une augmentation.

J. D. B.

Fracture de la colonne ; paraplégie et hallucinations du sens musculaire dans les membres privés de sensibilité, par M. BOUCHARD (*Arch. gén. de méd.* 1889).

Pendant un accès, un mélancolique se jeta par la fenêtre et se fit une fracture de la colonne dorsale avec commotion de la moelle épinière. Parmi les symptômes observés, analogues du reste à ceux qui se produisent en pareils cas, l'on remarqua, dès les premiers jours, des hallucinations du sens musculaire qui persistèrent jusqu'au moment de la mort. Le malade sentait ses genoux se ployer, se placer l'un au dessus de l'autre; il souffrait de troubles de la sensibilité générale et de douleurs dans les membres inférieurs et dans le doigt, l'auriculaire de la main gauche, en même temps que se développait progressivement du délire.

Pour B. ces hallucinations sont la conséquence de la lésion de la moelle; la psychose n'aurait agi que d'une manière prédisposante.

J. D. B.

Influence des lésions corticales sur la vision, par LANNEGRACE (*Neurolog. Centralbl.*, 1889).

A. L'auteur conclut d'expériences faites chez le singe que :

1° La lésion du lobe occipital ne paraît pas modifier la vue.
2° La lésion du pli courbe (gyrus angularis) a pour conséquence des troubles de la vue du côté opposé et paraît produire de l'amblyopie croisée; mais elle n'est pas très intense et n'existe que pendant fort peu de temps.

3° La lésion du lobe occipital et du pli courbe produit des troubles visuels bilatéraux et paraît avoir pour conséquence de l'amblyopie croisée avec de l'hémiopie homonyme.

4° La lésion des circonvolutions de Rolando paraît provoquer des troubles visuels.

5° L'extirpation successive des deux plis courbes n'a pas pour conséquence la perte de la vue.

6° La destruction des deux lobes occipitaux n'entraîne pas la perte complète de la vision, mais des troubles visuels passagers.

7° La destruction des deux lobes occipitaux et du pli courbe d'un côté n'a pas pour conséquence la perte complète de la vision.

8° La destruction du lobe occipital et du pli courbe des deux côtés n'a pas nécessairement pour suite la perte complète de la vision.

Il en résulte que pour détruire complètement la vue chez le singe, il faut enlever l'écorce cérébrale jusque dans la région motrice.

B. Théorie de l'hémiopie et de l'amblyopie. Le système nerveux visuel se divise en deux appareils; l'un, sensoriel, commande à la

conduction des impressions lumineuses; l'autre (sensitivo-moteur) joue plutôt le rôle d'un appareil accessoire destiné à assurer le fonctionnement régulier du premier et, par son action sur les vaisseaux de la choroïde, la nutrition de la rétine. Chacun de ces appareils se divise en une portion périphérique et en une portion centrale, peu connue.

D'après Lannegrace, l'hémiopie résulte d'une lésion de l'appareil sensoriel située au delà du chiasma; l'amblyopie d'une lésion de l'appareil sensitivo-moteur. Lorsque la lésion est périphérique, il y a amblyopie du côté malade; lorsqu'elle est centrale, c'est-à-dire située en arrière de l'entrecroisement complet des fibres de la protubérance, l'amblyopie est croisée. Cette théorie est tout à fait nouvelle. L'auteur l'étend encore en considérant l'amblyopie comme la suite de troubles trophiques de la rétine, conséquence de troubles sensibles.

Il tire de son travail les conclusions suivantes :

I. a) L'hémiopie homonyme est le résultat d'une lésion qui frappe l'appareil sensoriel après la semi-décussation dans le chiasma.

b) Les fibres visuelles s'épanouissent sur une portion considérable de la convexité du cerveau après s'être éparpillées et en partie entrecroisées dans la couche optique; leur centre cortical s'étend du lobe occipital jusqu'à la région motrice. Leur plus grande partie se concentre dans les lobes occipitaux; le reste des fibres se distribue dans les régions plus antérieures de l'écorce. La sphère visuelle, sphère de l'hémiopie est donc très étendue; mais son foyer principal se trouve dans le lobe occipital.

c) Les cellules visuelles se suppléent dans une certaine mesure; c'est ainsi que la vision se rétablit en partie chez un singe qui avait survécu plusieurs mois après qu'on eut détruit complètement les lobes occipitaux et les plis courbes.

d) Lorsque la lésion atteint les conducteurs visuels dans leur totalité (bandelette optique, couche optique et portions voisines), il se produit une hémiopie absolue; lorsqu'elle ne frappe par contre qu'une portion de l'appareil terminal interne (lésion corticale), l'hémiopie est limitée; il y a persistance de la perception visuelle.

II. a) Toute modification dans la sensibilité oculaire est accompagnée nécessairement d'amblyopie, qui paraît en être la conséquence.

b) L'amblyopie est probablement le résultat d'une anomalie dans la nutrition de la rétine, consécutive à la lésion de l'appareil sensible de l'œil. Les fibres appartenant à cet appareil subissent un entrecroisement total au niveau de la protubérance; l'amblyopie est donc nécessairement croisée quand la lésion affecte l'appareil cérébral.

c) Le faisceau nerveux qui contient les filets sensibles de l'œil se trouve situé dans la partie postérieure de la capsule interne, très

près du faisceau constitué par les fibres optiques. Toute lésion de cette région, selon qu'elle affecte en même temps ou isolément les faisceaux sensitif et sensoriel, a pour conséquence soit de l'amblyopie croisée, soit de l'hémiopie homonyme, soit les deux affections réunies.

d) A sa sortie de la capsule interne, le faisceau sensitif paraît s'épanouir dans la région fronto-pariétale, notamment dans le lobule pariétal supérieur. La zone corticale oculo-sensitive (zone de l'amblyopie) serait donc comprise dans la portion antérieure de la zone optique (sphère de l'hémiopie). Toute lésion qui affecte les deux appareils, sensoriel et sensitif, à leurs points de contact, s'accompagne donc à la fois d'amblyopie et d'hémiopie. Celle-ci peut faire défaut cependant, par suite de suppléance des cellules intactes.

J. D. B.

Contributions à l'étude du fonctionnement du lobe occipital,
par ZELERITZKI (*Neurol. Centralbl.*, 1889).

L'extirpation d'un des lobes occipitaux chez le chien a pour conséquence de diminuer la vision pour l'œil du côté opposé. Cependant contrairement aux résultats obtenus par Monakow, Z. n'a pas observé de dégénérescences secondaires à la suite de cette opération, même après avoir laissé vivre les animaux pendant 2 ou 3 mois. A l'endroit opéré, il y a néoformation de tissu conjonctif et de vaisseaux sanguins, présence de cellules étoilées de corpuscules amyloïdes.

L'excitation faradique du lobe occipital à l'endroit où Munk place le centre visuel, donne d'abord un rétrécissement, puis une dilatation rapide de la pupille et finalement la déviation des deux yeux vers le haut et le côté opposé à l'hémisphère excité. Ces expériences ont été faites sur des animaux non narcotisés. Un courant de forte intensité ou bien une excitation de longue durée produit, en dehors des symptômes cités, du nystagmus, la dilatation de la fente palpébrale du côté opposé et enfin des convulsions généralisées.

L'excitation de la partie postérieure du centre visuel fait converger les yeux et les dévie en dehors, en même temps que s'affaisse la paupière supérieure. L'excitation de la substance blanche donne lieu à des effets moteurs plus marqués.

L'ablation de l'écorce cérébrale à la périphérie du centre visuel ou l'extirpation de l'écorce de la région motrice ne modifient pas ces résultats. Zeleritzky croit donc devoir attribuer des fonctions motrices propres au lobe occipital.

J. D. B.

De la cécité subite par lésions combinées des deux lobes occipitaux, par M. CHAUFFARD (*Rev. de méd.*, 1888).

Un homme de 74 ans, atteint depuis deux mois d'hémiplégie droite banale est frappé tout à coup pendant la nuit de cécité complète; réaction pupillaire paresseuse, pas de réflexe palpébral. Dans l'après-midi, il commence à pouvoir distinguer la lumière de l'obscurité; mais le soir, il est pris de violents accès de convulsions et meurt pendant la nuit suivante.

Autopsie : Foyer hémorragique ancien à l'extrémité de la capsule interne gauche, confinant par sa partie médiane à la couche optique; un foyer hémorragique récent, d'assez grand volume, dans le lobe occipital droit, détruisant toute la partie médullaire de la pointe de ce lobe et s'étendant jusqu'à la surface de la seconde et de la troisième circonvolutions occipitales. Il est à remarquer que le malade était atteint, depuis sa première attaque d'apoplexie, d'hémianopsie droite qui, comme il arrive si souvent, était passée inaperçue. Le second foyer hémorragique produisit de l'hémianopsie gauche, ce qui rendit le malade subitement aveugle. J. D. B.

Contributions à l'étude clinique des localisations cérébrales, par PICK (*Ztschr. f. Heilk. et Neurol. Centrbl.*, 1889).

La théorie des localisations cérébrales est généralement admise aujourd'hui. Cependant à tout moment l'on publie encore l'une ou l'autre observation dans laquelle les lésions trouvées à l'autopsie ne concordent pas avec les symptômes enregistrés et qui vient jeter de nouveaux doutes sur la réalité de la théorie. Il ne s'agirait dans ces cas que d'erreurs d'observations; l'auteur cite à l'appui de cette idée un cas personnel, observé avec trop peu de soin, où une hémiplégie d'origine centrale évidente n'avait pu être expliquée à l'autopsie par l'examen macroscopique de la région motrice, comme l'exigeaient les symptômes cliniques observés. D'autres lésions avaient pu être déterminées, mais elles n'avaient aucun rapport avec l'hémiplégie. Cependant l'examen de la moelle épinière fit découvrir l'existence évidente d'une dégénérescence descendante du cordon pyramidal correspondant à la lésion qu'on n'avait pas retrouvée. Le cerveau n'avait pas été conservé et l'examen microscopique de la région motrice ne put être fait. J. D. B.

Atrophie de l'hémisphère cérébral droit chez un épileptique, par DONALD FRASER (*Neurol. Centralbl.*, 1889).

Le 11 juin 1884 entré à l'asile un jeune homme de 17 ans, souffrant, paraît-il, d'accès d'épilepsie depuis 2 à 3 ans; au moment

de son admission, il se trouvait dans un état de semi-somnolence, consécutif à une série d'accès graves. Il se rétablit peu à peu et n'eut plus d'attaques pendant quelques mois; elles reparurent alors à intervalles variables et par séries. Pendant les accès, la température du corps s'élevait et dans les intervalles d'une même série d'accès, il y avait ordinairement perte de connaissance. Ces phénomènes mis à part, il ne présentait aucun trouble anormal; il travaillait et faisait sa lecture favorite d'ouvrages religieux; son caractère était irritable, colérique, querelleur. Ses accès d'épilepsie étaient précédés parfois d'un aura, d'une douleur violente dans le membre inférieur droit. Il mourut en novembre 1888 dans le coma post-épileptique.

Autopsie : Moitié droite du cerveau plus petite et plus légère que la moitié gauche; entre les deux hémisphères existe une différence de $7 \frac{1}{2}$ pouces en longueur et de 9 onces en poids.

Atrophie manifeste et dégénérescence gélatineuse de la circonvolution pariétale supérieure droite; cette lésion s'étend au gyrus angulaire et à certaines parties de la première et de la seconde circonvolutions temporo-sphénoïdales. Foyer d'atrophie à la partie supérieure et moyenne de la troisième circonvolution frontale. Les centres moteurs paraissaient normaux mais, comme les ganglions centraux et l'ensemble de l'hémisphère droit, ils ont un volume moindre que les parties correspondantes à gauche. Il y a augmentation de consistance du tissu cérébral; il paraît sclérosé.

Aucun symptôme de paralysie, aucune différence dans les mouvements des deux moitiés du corps ne furent observées pendant les quatre années que le malade a passé à l'asile, pas plus de troubles de la sensibilité spéciale. L'auteur en conclut que la circonvolution pariétale supérieure ne fait pas partie de la région motrice et que l'atrophie du gyrus angulaire (pli courbe) n'a pas pour conséquence d'entraîner des troubles durables des organes sensoriels. Il considère ce cas comme un cas de porencéphalie et, comme Gowers, il l'attribue à la thrombose des vaisseaux superficiels. J. D. B.

De quelques équivalents cliniques de l'épilepsie partielle ou Jacksonienne, par A. PITRES (*Revue de méd.* 1889).

L'on sait que, chez les épileptiques vrais, il existe, en dehors des accès ordinaires bien caractérisés, des accès rudimentaires ou larvés, dont le mode de production est absolument analogue à celui de l'état de grand mal. Pitres démontre par une série d'observations que, dans l'épilepsie corticale partielle, dite symptomatique, il existe souvent, à côté des accès caractéristiques, des accès légers, de durée plus courte, qui passent facilement inaperçus et sont les analogues

complets du petit mal ordinaire. Ils surviennent sans provoquer de troubles généraux de la conscience et consistent en sensations anormales cutanées passagères, en excitations sensorielles unilatérales (lumineuses, auditives, etc.), en phénomènes psychiques anormaux (hallucinations avec conservation de la conscience) et enfin en accès de faiblesse parétiques passagers de l'un ou l'autre membre.

J. D. B.

La pression artérielle dans les paroxysmes épileptiques et dans la colère, par M. CH. FÉRÉ (*Compte-rendu de la Soc. de Biologie*, 1889).

Les faits ont été observés à l'aide du sphygmomètre de M. Bloch.

Lorsqu'on réussit à prendre la pression artérielle pendant l'aura, on constate en général une augmentation de 200 ou 300 grm. Cette pression forte se maintient pendant la période convulsive; puis elle tombe au-dessous de la normale quand l'accès est terminé. Cette dépression se maintient pendant 8 à 24 heures, après un seul accès. A la suite d'accès sériels, surtout si ces accès ne sont pas séparés par des périodes de retour à la connaissance, la dépression peut être de 300 et 400 grm. et ne disparaître qu'après plusieurs jours.

Les paroxysmes vertigineux s'accompagnent de modifications semblables, mais généralement moins prononcées et moins durables. Il en est de même pour les périodes de secousses.

Dans les accès d'excitation psychique avec agitation, qui n'apparaissent pas dans la période de dépression consécutive aux paroxysmes convulsifs ou vertigineux, on retrouve l'augmentation de tension qui peut atteindre 200 ou 300 grm.; la pression retombe au-dessous de la normale lorsque l'agitation a cessé.

L'augmentation de pression que l'on observe dans les périodes d'excitation peut être modifiée artificiellement : 1° avec la ventouse en botte de Junod, qui donne un abaissement de pression de 1,050 à 850. Cette diminution de la pression était accompagnée de la cessation momentanée de la loquacité et de l'agitation; cinq minutes après l'enlèvement de l'appareil, la pression était remontée à 950 et l'agitation revenait; 2° dans un autre cas, la pression étant de 950, un bain sinapisé la fit descendre à 750, et cet abaissement se maintenait au bout de trois quarts d'heure; pendant le même temps, l'excitation s'était calmée. Un malade dont l'agitation se termine d'ordinaire par une attaque convulsive, a eu son agitation momentanément suspendue, mais prolongée par la répétition des bains sinapisés, et la décharge convulsive n'a pas eu lieu. Deux malades dans le cours d'accès sériels convulsifs ont eu une suspension des

attaques, l'un par l'application de la ventouse de Junod, l'autre par les bains sinapisés, chaque intervention déterminant un abaissement de la pression artérielle. Par la ventouse de Junod et le bain sinapisé appliqué en dehors des conditions d'élévation anormale de pression, l'abaissement ne dépasse pas 100 grm.

Ces observations semblent indiquer que l'augmentation de pression est une des conditions physiologiques de la production des paroxysmes épileptiques sous toutes leurs formes. On peut en déduire que les moyens qui permettent d'abaisser la pression sans perte de sang méritent d'être tentés lorsque l'on peut prévoir une décharge, et en particulier dans l'état de mal.

Les rapports entre les paroxysmes épileptiques et l'augmentation de la pression artérielle expliquent comment les efforts violents, les émotions vives, peuvent jouer un rôle si important comme cause déterminante des accès. Dans ces conditions, en effet, il existe une augmentation de pression que l'on connaît bien dans l'effort, mais que l'on connaît moins dans les émotions.

Les épileptiques sont fort sujets à des mouvements de colère, en dehors de toute espèce de manifestation morbide officielle et à propos de la moindre provocation. Dans plusieurs circonstances de ce genre, F. a observé une augmentation de pression qui atteint à peu près les chiffres que l'on observe dans l'aura. Cette constatation fait comprendre quel rôle peut jouer une émotion de ce genre sur la production d'un paroxysme lorsque le malade n'a pas été déchargé par un accès récent. Ce caractère commun à l'état émotionnel et au paroxysme épileptique justifie le rapprochement entre la colère et les paroxysmes psychiques chez les épileptiques.

Ces modifications de la tension artérielle dans la colère se constatent encore chez les individus non épileptiques.

Même sous l'influence de la colère, la pression artérielle peut augmenter de plus d'un quart. On comprend ainsi le rôle de cette émotion et des émotions analogues dans la production de ruptures des vaisseaux ou du cœur, lorsqu'il existe préalablement des altérations de structure,

La similitude des phénomènes qui accompagnent les décharges émotionnelles et les décharges convulsives indique qu'au point de vue physiologique, il n'y a pas de distinction fondamentale à établir entre ces deux formes de décharges, et il ne doit pas y en avoir non plus au point de vue légal.

J. M.

L'exploration des mouvements de la langue, par M. CH. FÉRÉ
(*Compte-rendu de la Société de Biologie*, 1889).

L'énergie des mouvements de la langue peut être d'une grande utilité dans l'étude des troubles névropathiques de la langue. F. a

pensé que l'étude de la résistance à la pression dans les cinq directions principales pourrait fournir quelques renseignements. Il a inventé un *glosso-dynamomètre* propre à étudier cette pression; c'est le sphygmomètre de M. Bloch, dont le talon étroit est remplacé par un plateau d'un centimètre de diamètre, guilloché à la surface inférieure.

On se sert de l'instrument en appliquant la surface inégale du plateau soit sur la face supérieure de la langue, soit sur sa face inférieure, soit sur ses bords, ou d'avant en arrière sur la pointe, et en priant le malade de résister autant que possible à la pression. La graduation de l'instrument indique approximativement, en grammes, la limite de cette résistance.

A l'état normal, la résistance à la pression de haut en bas, c'est-à-dire l'énergie du mouvement d'élévation de la pointe, varie de 700 à 850 gr.; la résistance à la pression de bas en haut, c'est-à-dire l'énergie du mouvement d'abaissement de la pointe, varie de 600 à 800; la résistance à la pression latérale, de 600 à 850; enfin, le mouvement de propulsion peut donner une pression de 700 à 900 gr. On observe cependant des variations assez considérables.

Si, à l'état physiologique, le travail de la langue ne présente pas un intérêt très particulier, il n'en est pas de même dans certains états pathologiques, en présence de troubles unilatéraux.

On admet généralement que les troubles du langage articulé peuvent exister sans altération des mouvements de la langue. La validité de cette opinion pouvait être suspectée *a priori*. Rien n'autorise à voir autre chose que des organes de sensibilité ou de mouvement dans le cerveau, dont les éléments ne sont le siège que de phénomènes réflexes, ou, autrement dit, de transformations de forces plus ou moins complexes. D'ailleurs, les lésions de la région de Broca peuvent s'accompagner de dégénération descendante, tout comme les lésions des régions dites motrices.

L'exploration des mouvements de la langue montre que si on n'a pas vu de troubles moteurs coïncidant avec ceux du langage articulé, c'est seulement parce qu'on n'était pas en mesure de les chercher :

1° Chez deux aphasiques légèrement hémiplegiques à droite sans déviation et sans trouble apparent de la mobilité de la langue, la résistance à la pression était de 250 à 300 grm. en moins à droite qu'à gauche, et les mouvements d'élévation, d'abaissement et de propulsion étaient diminués de 100 à 200. Du reste, les hémiplegiques, même lorsqu'ils n'ont aucune gêne des mouvements de la langue présentent un affaiblissement notable du côté de la paralysie.

2° Chez trois hystériques rendues aphasiques par suggestion, il y

avait une diminution de la résistance à la pression, de droite à gauche, de 200 à 300 grammes.

3° Sur plusieurs épileptiques avec embarras de la parole à la suite des accès, la résistance de la pression était diminuée dans toutes les directions d'une quantité variable ; elle pouvait descendre au-dessous de 200 chez des individus examinés deux ou trois heures après l'attaque.

4° Un paralytique général avec embarras de la parole très prononcé donnait une résistance à peu près nulle dans toutes les directions, bien qu'il faisait des efforts consciencieux et que la langue semblait se mouvoir librement dans toutes les directions.

5° Un sourd-muet de naissance a offert une diminution de la résistance, dans toutes les directions, de 250 à 300 grammes.

Ces exemples démontrent l'intérêt du mode d'exploration proposé ; il peut révéler encore d'autres faits.

Depuis que M. Charcot a insisté sur l'existence d'un spasme glossolobie pouvant exister du côté opposé à la paralysie chez les hystériques, et que MM. Brissaud, Marie et Belin ont montré la fréquence relative de ce symptôme, on est porté à rejeter l'existence de la paralysie faciale chez les hystériques, et en particulier de la paralysie de la langue. Les nouvelles observations justifient les réserves sur cette exclusion de la paralysie faciale. Sur huit hystériques mâles ou femelles présentant un certain degré d'hémi-myosthénie des membres, F. a trouvé du même côté une diminution de la résistance à la pression de la langue. Chez trois dont l'amyosthénie était très prononcée, la résistance de la langue, du même côté, était à peu près nulle, tandis qu'elle était de 650 à 700 grm. du côté opposé. Sur deux de ces malades anesthésiques et amyosthéniques du côté droit, il a vu que, sous l'influence de l'aphasie par suggestion qui diminuait encore la résistance de ce côté, la résistance du côté gauche augmentait de 50 grm. chez l'un et de 100 grm. chez l'autre. L'auteur a déjà observé un fait analogue dans une paralysie hystérique des membres, et on le retrouve quelquefois dans les paralysies par suggestion.

J. M.

Tumeur symétrique des deux hémisphères cérébraux, par ORMEROD (*Brit. méd. Journ. et Neur. Centralbl.*, 1889).

Le patient, âgé de 31 ans était malade depuis deux ans à son entrée à l'hôpital. Il présentait les symptômes suivants : céphalalgie, fièvre (39° C.), transpiration, raideur de la nuque et du dos, opisthotonos à la fin de la vie, névrite optique, coma progressif, hémiplegie droite, mort après 5 semaines environ.

Autopsie : Tumeur occupant la substance blanche des deux

hémisphères, un peu plus développée à gauche, occupant la moitié supérieure du cerveau, la couronne rayonnante de chaque côté, surtout développée au niveau des circonvolutions motrices et étendues jusque dans les lobes occipitaux; à gauche, dans sa portion pariétale, ramollissement prononcé. Elle était constituée par un tissu globo-cellulaire, vasculaire, de nature probablement sarcomateuse.

J. D. B.

—
Tumeur cérébrale, p^r OPPENHEIM et REMAK (*Neur. Centrbl.*, 1889).

Fr. L., âgé de 22 ans, ouvrier, est admis à la clinique le 23 février 1889. Il date le début de son affection au 7 janvier de cette année; mais il aurait ressenti quelques temps auparavant déjà de légères contractions dans la moitié droite du corps qui devinrent plus prononcées le 7 janvier et s'étendirent au côté gauche. Leur point de départ aurait varié; elles auraient commencé tantôt par les muscles abdominaux pour s'étendre au bras, tantôt par les mollets pour gagner la cuisse, le tronc, le bras, la moitié droite de la face, tantôt encore elles auraient débuté par les bras. Pendant ces accès, la conscience restait intacte; leur durée variait de quelques minutes à un quart d'heure; pendant ce temps, il était impossible au malade de prononcer une parole, quoiqu'il eut le sentiment que les mots ne lui faisaient pas défaut. Le 7 janvier, les convulsions durèrent toute la journée, éclatant tantôt dans le bras, tantôt dans la jambe. Les accès laissaient après eux de la difficulté à lever le bras; le malade trainait la jambe droite et ressentait une sorte d'engourdissement dans la main et la plante du pied de ce côté. Dans les derniers temps, il y aurait eu une légère diminution de la sensibilité dans toute la moitié droite du corps.

Le courant électrique améliora les symptômes moteurs et sensitifs; mais une aggravation, survenue quelques jours après, nécessita une modification du traitement.

A différentes reprises, bourdonnements dans l'oreille droite. Rien du côté gauche du corps. Céphalalgie de temps en temps dans la région frontale et temporale sans localisation précise. Ni vertiges, ni troubles de la vue. Intelligence intacte, pas de mauvaise humeur, gaieté même. Ces derniers symptômes s'opposaient en quelque sorte au diagnostic de tumeur cérébrale et faisaient penser à de l'hystérie, mais l'existence de la tumeur cérébrale fut démontrée par l'apparition d'une névrite optique double et confirmée par un examen attentif du patient.

La percussion du crâne ne fournit aucun signe; il ne porte pas de cicatrice. Pas de paralysie dans le territoire du facial ni de l'hypoglosse, sauf une parésie légère et passagère du facial inférieur droit.

Pupille gauche plus dilatée que la droite; réflexe pupillaire intact: pas de trouble des mouvements des yeux, pas de trouble de la parole. A droite, faiblesse musculaire marquée du bras et de la jambe; marche légèrement traînante; légère augmentation du réflexe patellaire. Diminution de la sensibilité dans toute la moitié droite du corps. De ce côté, léger degré d'ataxie correspondant à une diminution du sens musculaire. Pas de troubles de la sensibilité spéciale, sauf aux yeux; affaiblissement peu prononcé du pouvoir visuel à droite par suite de la stase papillaire. Traitement: administration d'un mélange de bromure et d'iodure de potassium.

Pendant quelque temps, le malade n'eut plus d'accès; mais le 5 mars apparurent de nouveau les signes précurseurs (sensation marquée de faiblesse dans le bras droit). Le 13, la céphalalgie augmente, le malade tombe dans un état comateux, est pris de vomissements, le pouls se ralentit; réveil passager et mort le 18 mars.

Diagnostic: tumeur cérébrale intéressant la zone motrice gauche sans qu'on puisse en donner une localisation précise.

Autopsie: Adhérences des méninges au cerveau dans la moitié supérieure de la circonvolution centrale postérieure gauche et du lobule pariétal supérieur; par places, sensation de tumeur dure; en d'autres places, sensation de fluctuation.

La tumeur s'étend d'avant en arrière depuis le sillon de Rolando jusqu'au sillon pariétal et a envahi la substance cérébrale de la circonvolution centrale postérieure, dans sa partie supérieure, et du lobule pariétal supérieur; elle s'étend sur tout le territoire du lobule paracentral et du précuneus; en bas jusqu'au gyrus fornicatus et même jusque sous le corps calleux dans sa partie postérieure. La tumeur est recouverte d'une couche d'écorce cérébrale intacte épaisse de plusieurs millimètres. Elle est de nature caverneuse, remplie de caillots sanguins récents ou anciens, constituée par un sarcome globo-cellulaire. Les convulsions étaient probablement la conséquence des hémorragies et selon leur siège variable, elles affectaient tantôt le membre supérieur, tantôt le membre inférieur.

J. D. B.

Tumeurs de la région des tubercules quadrijumeaux, par
NOTHNAGEL (*Neurol. Centrbl.*, 1889).

Un enfant de 15 ans tombe d'un arbre en 1885 et reste sans connaissance pendant un certain temps; il reprend son état normal après un court séjour au lit. Quelque temps après la marche devient incertaine, vacillante; le malade fait des chutes fréquentes.

Pendant l'hiver 1886-1887, il est pris de maux de tête violents,

de douleurs oculaires, de malaises, de vomissements, conséquences d'une augmentation de la pression intracrânienne. Puis surviennent successivement des troubles divers : stase papillaire, atrophie du du nerf optique avec amaurose complète, vertiges, dureté de l'ouïe, obnubilation du sensorium; l'examen de l'appareil auditif fait reconnaître une perte de translucidité de la membrane du tympan, l'existence d'un catarrhe de l'oreille moyenne. Deux symptômes établissaient le diagnostic d'une manière typique, d'abord une ataxie prononcée (titubation cérébelleuse de Duchenne), puis l'immobilité des globes oculaires dont les mouvements en haut et à gauche étaient surtout entravés, particulièrement à l'œil gauche (parésie des nerfs oculo-moteur commun et oculo-moteur externe); dilatation égale des pupilles, réflexe pupillaire lent.

Diagnostic : tumeur de la région des tubercules quadrijumeaux avec hydrocéphalie consécutive. Il fut confirmé par l'autopsie qui fit découvrir dans cette région une tumeur épithéliale papillaire, provenant probablement d'une altération du plexus choroïde.

Certains auteurs ont localisé dans les tubercules quadrijumeaux les centres de la sensibilité lumineuse et du pouvoir visuel; d'autres y ont placé le centre réflexe des mouvements de l'iris et des muscles oculaires, d'autres enfin ont prétendu qu'ils avaient certaines relations avec la sensibilité, avec la pression sanguine avec les nerfs vasomoteurs, avec l'équilibre du corps. Ces divergences s'expliquent aisément. Les tumeurs de la région des tubercules quadrijumeaux n'ont pas seulement d'influence sur cette région seule; elles exercent une action à distance sur les parties voisines, les envahissent, etc., contribuent à l'augmentation de la pression intracrânienne, hydrocéphalie, etc. De là la complication dans les observations de ces tumeurs. Pour Nothnagel, leurs symptômes typiques sont l'ataxie et la paralysie des nerfs oculaires.

La marche était devenue incertaine, vacillante, dans presque tous les cas qu'il a pu recueillir; dans trois cas, consécutifs à un traumatisme, l'ataxie fut le premier symptôme observé. Il n'est pas exact d'en chercher la cause dans l'hydrocéphalie, car elle la précède souvent; elle ne résulte pas non plus de l'action de voisinage sur le cervelet ou sur les pédoncules cérébelleux moyens, car il est des cas où le cervelet fut trouvé absolument intact, sans que l'ataxie fit cependant défaut. Elle paraît appartenir principalement aux tumeurs des tubercules quadrijumeaux postérieurs; en effet, elle manquait dans l'observation publiée par Gowers d'une tumeur des tubercules antérieurs. Elle ressemble à toute ataxie cérébrale; c'est l'ataxie caractéristique de l'ivresse affectant les membres inférieurs, mais laissant intacts les membres supérieurs. Seule, elle n'est donc pas pathognomonique des tumeurs des tubercules quadrijumeaux.

Les troubles oculaires observés, autres que ceux qui sont la conséquence de la paralysie des nerfs de l'œil, sont déterminés surtout par la stase papillaire, la névrite, l'atrophie du nerf optique; ils ne sont pas la preuve de rapports directs entre les tubercules quadrijumeaux et le sens de la vue. Dans un cas de Koht, les troubles oculaires n'apparurent qu'à la fin de la vie et restèrent peu marqués. Dans les quatre cas, qu'il a pu observer, Nothnagel a trouvé de la paralysie des nerfs oculaires mais variable dans son intensité et sa distribution.

Le diagnostic des tumeurs des tubercules quadrijumeaux est donc basé sur la combinaison de l'ataxie cérébrale avec la paralysie simultanée des muscles oculaires des deux côtés et affectant les caractères indiqués. Aux symptômes ainsi produits peuvent se joindre ceux de l'hydrocéphalie. Consécutivement, apparaîtront peut-être de l'hémi-parésie et de l'hémi anesthésie; ces symptômes ne troubleront pas le diagnostic; ils s'expliquent par la compression de l'un ou l'autre des pédoncules cérébraux.

J. D. B.

Tumeur de la glande pinéale, par KNY (Neur. Centralbl., 1889).

J. H., 32 ans, est admis à l'hôpital le 1^{er} février 1883; ses parents sont bien portants et lui-même n'a pas été malade auparavant; il n'est pas alcoolique, n'a pas eu la syphilis.

La maladie remonte aux premiers mois de l'année 1881; depuis lors elle s'est aggravée lentement: douleurs brusques, lancinantes, d'abord occipitales, puis occipito-pariétales; bourdonnements d'oreilles, battements douloureux dans le crâne; par moments exacerbations des phénomènes douloureux avec vertiges violents, tremblement généralisé et troubles de la connaissance. En automne 1882, diminution rapide de pouvoir visuel; en deux mois le malade ne peut plus lire ni se conduire seul dans les rues; en même temps douleurs lancinantes dans le crâne et parfois dans le bras droit.

En se présentant à la clinique d'ophtalmologie on constata les troubles suivants: début de névrite optique des deux côtés, abolition complète de la vue à droite; restes de perception lumineuse à gauche. Trois jours après, transféré à la clinique médicale, en dehors de ces phénomènes visuels on enregistra encore: malade bien bâti; bon état de la nutrition; aucune anomalie; pas de troubles de la motilité, ni de la sensibilité générale ou spéciale (à l'exception de la vue); réflexes tendineux et cutanés normaux.

Dans les premiers mois de son séjour à l'hôpital, il fut pris, à intervalles de 1 à 4 semaines, d'accès de céphalalgie intense avec vertiges, tremblement des membres, cécité complète et de temps en

temps perte de connaissance. Traitement : iodure de potassium, caféine, nitrite d'amyle, iodoforme en pilules, jusqu'en août 1884. Puis les accès devinrent plus fréquents, prenant de plus en plus les caractères des attaques d'épilepsie vraie; difficultés à émettre les urines; depuis le mois d'août 1884, incontinence complète.

Puis apparurent successivement les symptômes suivants : nystagmus, lenteur de la parole; diminution lente mais continue de l'intelligence; impossibilité de marcher; son gardien doit le nourrir; apathie, strabisme divergent, dilatation marquée des pupilles qui ne réagissent plus à la lumière; cécité absolue; conservation de la force musculaire; pas de troubles marqués de l'odorat, de l'ouïe ni du goût, ni de la sensibilité cutanée; réflexes patellaires normaux.

Autopsie : Tumeur lobulée de la grosseur d'une noix remplaçant la glande pituitaire et présentant les caractères d'un sarcome globocellulaire; elle est nettement séparée des tubercules quadrijumeaux qui sont intacts mais comprimés en avant par la tumeur. Poids du cerveau 1400 grammes. Adhérences marquées des nerfs optiques, constitués comme les bandelettes optiques par deux rubans plats, d'aspect transparent. Petits noyaux de substance cérébrale colorée en jaune dans le lobe temporal droit et gauche. Pas de dégénérescence à l'examen microscopique.

Les symptômes s'expliquent, comme Virchow l'a indiqué, par la compression des tubercules quadrijumeaux et de la veine de Gallien.

J. D. B.

Chien opéré de son hémisphère gauche, par GOLTZ (*Neurol. Centralbl.*, 1889).

Ce chien opéré depuis longtemps se tient debout et marche comme un chien normal; placé devant une écuelle remplie de cailloux au milieu desquels sont dissimulés des morceaux de viande, il se sert de la patte gauche pour les rechercher; dès qu'on retient ce membre, il emploie la patte droite; il s'en sert avec habileté et prestesse et continue jusqu'à ce qu'il ait saisi la viande dans la gueule. Il lui arrive, lorsqu'il se tient debout, de reposer la patte droite sur le sol sur le dos des orteils; mais il se met à hurler lorsqu'on lui pince ce membre; ce qui démontre la persistance de sa sensibilité.

Le cerveau de ce chien fut présenté le lendemain aux membres du congrès; toute l'écorce cérébrale avait été enlevée à gauche, ainsi qu'une portion du corps strié.

J. D. B.

Anévrysme d'une artère anormale, ayant produit une division antéro-postérieure du chiasma des nerfs optiques et une hémianopsie bitemporale, par WEIR MITCHELL (Journ. of nerv. and ment. dis., 1889).

Il s'agit d'une tumeur cérébrale unique dans son genre.

Depuis environ cinq ans, le malade âgé de 45 ans, était affligé de troubles graves de la vue, de douleurs de tête: il se fatiguait rapidement et souffrait d'une série de malaises céphaliques indéterminés, sans avoir jamais présenté de symptômes plus sérieux du côté de la motilité ni de la sensibilité. L'examen des yeux fit constater une intégrité des mouvements des muscles oculaires, de l'iris, etc., et une diminution du pouvoir visuel de $\frac{1}{10}$, sans stase papillaire. Il y avait anesthésie absolue de la moitié nasale des deux rétines et atrophie nasale papillaire. Sans aucune modification dans cet état, sinon un abaissement insensible du pouvoir visuel à gauche jusqu'à $\frac{1}{30}$, le malade tomba brusquement dans le coma et mourut.

L'on avait diagnostiqué une tumeur, comprimant le chiasma dans sa partie antérieure et moyenne, mais à accroissement si lent qu'il n'en était pas encore résulté de stase papillaire.

Autopsie : Hydrocéphalie externe très prononcée. Kyste de la grosseur d'un citron, ayant détruit la selle turcique et divisé en deux le chiasma sur la ligne médiane, de manière à détruire toute relation entre les tractus optiques droit et gauche, à les déjeter de côté et d'autre; les fibres entrecroisées avaient été rompues. Le chiasma était donc remplacé par deux filets nerveux atrophiés amincis, allant directement du tractus optique au globe oculaire du même côté et longeant la tumeur comme des tangentes. Cette tumeur était formée par un anévrysme d'une branche artérielle anormale, courant d'une carotide interne à l'autre.

Il y a eu dans ce cas concordance complète des symptômes oculaires observés et des lésions trouvées à l'autopsie. Ce qui est frappant c'est, en présence du volume de la tumeur, le peu de troubles apportés dans le fonctionnement cérébral général et l'absence de tout symptôme du côté de l'odorat.

J. D. B.

Contribution au traitement chirurgical des maladies cérébrales, par L. WILLE (Allg. Wiener med. Ztg., 1888).

Une femme bien portante jusqu'alors, âgée de 43 ans, vient se plaindre un jour de céphalalgie, d'inappétence, de faiblesse générale et de lassitude. Au sommet du crâne, à gauche de la tumeur sagit-

tales, on sent une tumeur pâteuse, sensible à la pression. Puis apparaissent de la fièvre, des vomissements, de la douleur frontale et temporale, de la parésie dans le membre supérieur droit.

Pas de pus à l'incision de la tumeur. Peu après l'opération, parésie de la jambe droite, la malade est taciturne, renfermée en elle-même; troubles peu accusés de la parole, parésie du facial droit. Ces symptômes disparurent quelques jours après leur apparition, mais les membres droits restèrent parésés et douloureux aux mouvements passifs. Puis survinrent de nouveaux accès pendant lesquels la malade devenait aphasique; elle n'avalait qu'avec difficulté et avait des émissions involontaires d'urine et de matières fécales.

L'auteur conclût à un abcès cérébral, trépana le pariétal droit, enleva une rondelle osseuse de 4 $\frac{1}{2}$ centim. de longueur, sectionna la dure-mère et recueillit à la surface du cerveau la valeur d'une cuillerée de pus. Pas de fièvre après l'opération; la malade se trouve dans le même état qu'antérieurement, mais la parésie des membres droits est moins marquée.

Quelques temps après la malade fut prise d'accès de convulsions cloniques dans la moitié droite du corps, à l'exclusion des muscles de la tête, de la face et de la langue; consécutivement aux accès, il persistait de la paralysie des membres supérieurs, une parésie marquée du membre inférieur droit. Les convulsions cessaient par une injection de morphine. Pendant les dernières semaines que vécut la patiente apparurent successivement les symptômes suivants : sensation de raideur et de douleur dans les doigts et le bras droit; convulsions dans les muscles innervés par le facial droit, contracture du bras droit dans le sens de la flexion; raucité de la voix, sensation de chaleur dans le nez, brouillard devant les yeux avant les accès convulsifs, parésie du facial droit; accès d'anxiété, agitation, délire hallucinatoire, troubles des idées, affaissement, affaiblissement graduel des forces, refus de manger, incontinence des matières fécales.

A ce moment le trou de trépan donna issue à quelques débris osseux nécrosés; leur ablation fut suivie d'une amélioration dans les symptômes cérébraux diffus; la malade devint à ce moment absolument lucide et saine d'esprit; pas de fièvre. Quelques semaines après : accès épileptiformes, partant du bras droit avec perte de conscience et convulsions générales violentes, durant pendant environ 10 minutes; de temps en temps ces accès se limitaient au côté droit du corps, sans qu'il y eut alors perte de connaissance; ils survenaient à quelques heures ou à quelques semaines d'intervalle, et laissaient la malade dans un état variant de la faiblesse simple à la stupeur. Puis la température s'éleva de nouveau légèrement et la patiente fut prise de diarrhée et de vomissements; peu avant la

mort, il se déclara une carie des os du poignet. Elle mourut, après 3 $\frac{1}{2}$ ans de maladie, d'une affection pulmonaire.

Autopsie : Carie guérie avec cicatrice cutanée blanche du pariétal gauche. A la partie postérieure du lobule paracentral gauche, tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, empiétant sur la partie supérieure de la circonvolution centrale postérieure. A un demi centimètre au dessous de cette première tumeur, s'en trouvait une autre de la grosseur d'un noyau de cerise, au milieu de la circonvolution centrale postérieure. La première s'étendait jusqu'à la surface du cerveau et avait contracté des adhérences intimes avec la dure-mère; les deux tumeurs étaient séparées par un pont de substance cérébrale fortement altérée : la substance nerveuse voisine avait également subi des modifications, mais moins prononcées. D'autres petites tumeurs, grosses comme un grain de blé, se trouvaient répandues dans la substance blanche jusque dans la partie antérieure du segment postérieur de la capsule interne, dans le pédoncule cérébral, dans les faisceaux pyramidaux du bulbe, dans le faisceau pyramidal gauche de la moelle, dans le faisceau pyramidal croisé. Ces tumeurs étaient de nature fibro-gliomateuses. — Infiltration tuberculeuse des poumons (mère tuberculeuse, pleurésie antérieure).

J. M.

Des traumatismes du crâne dans leurs rapports avec l'aliénation mentale, par le Dr CHRISTIAN (Arch. de Neurologie, 1889).

Le Dr Christian, après avoir passé en revue les principaux auteurs qui ont traité cette question, déclare que même les auteurs modernes ont attaché une trop grande importance à l'impression morale déterminée par le traumatisme. Les causes physiques de la folie ont été trop longtemps négligées. Esquirol, Bayle, Calmeil, Morel et surtout Griesinger ont insisté sur l'importance de cet élément pathologique, mais Schlager fut le premier à nous indiquer des données précises : sur 500 aliénés, il a rencontré 49 cas de folie traumatique. L'autopsie, qu'il put pratiquer dix fois, lui permit de constater l'existence de cicatrices osseuses, d'adhérences de la dure-mère, du crâne, etc.

Lorsqu'une violence extérieure agit sur le crâne, ses effets varient suivant la nature et le mode d'action de l'agent vulnérant. Mais en dehors de la gravité chirurgicale, il y en a une autre qui tient au voisinage du cerveau, c'est-à-dire à cet ébranlement, à cette commotion qui se traduit par des symptômes immédiats primaires :

A. *Troubles sensitifs*. — Douleurs plus ou moins vives, étincelles, lueurs, globes lumineux; bourdonnements, tintements d'oreilles, bruit de cloches; quelquefois hallucinations olfactives.

b. *Troubles moteurs.* — Engourdissement du bras ou de la jambe, hémiplegies ou monoplegies passagères, convulsions; fracture du crâne avec enfoncement des os, épanchement et compression du cerveau, hémiplegie complète et permanente.

c. *Troubles intellectuels.* — Simple vertige, étourdissement jusqu'à la perte complète de connaissance avec résolution des membres.

Enfin le choc peut être assez violent pour déterminer la mort subite, même sans lésion extérieure. Si le malade ne succombe pas et recouvre plus ou moins l'intégrité de ses facultés, il lui reste pendant plusieurs heures, ou même plusieurs jours, une *amnésie traumatique* qui le plus souvent est accompagnée d'une perte de souvenir de tout ce qui s'est passé pendant un temps plus ou moins long, antérieur à l'accident.

Parallèlement à cette amnésie il peut y avoir un état d'*automatisme inconscient*. Le malade ne perd pas connaissance ou revient rapidement à lui; alors pendant un temps plus ou moins long il continue à agir, à accomplir des actes souvent très compliqués, à terminer ou à continuer ce qu'il avait projeté avant l'accident. Il ne conserve aucun souvenir des actes ainsi accomplis.

Ces symptômes primaires sont généralement de courte durée et disparaissent sans laisser de trace; le blessé semble revenu à son état de santé antérieur à l'accident. Dans la production de ces phénomènes, il est impossible de faire jouer aucun rôle à la frayeur, à l'*émotion morale*; le blessé est frappé à l'improviste, perd connaissance aussitôt qu'il est atteint, avant qu'il ait eu le temps de s'effrayer, de prévoir le danger.

Les *accidents secondaires* sont d'une autre nature. Ils résultent de la réaction inflammatoire excitée par les lésions produites au sein des centres nerveux par la violence extérieure et n'apparaissent que le second ou troisième jour sous forme de *méningite*, *encéphalite*, *abcès cérébraux*, etc. C'est aux troubles inflammatoires qui ont guéri que l'auteur s'est intéressé spécialement. Pour toutes ces guérisons il se demande si la guérison a été complète. Comment fonctionnait le cerveau après la guérison, qu'étaient devenus et l'intelligence, et le caractère et la sensibilité morale. Christian avoue que son travail aurait été plus complet s'il avait pu suivre quelques-uns de ses nombreux blessés du crâne qui ont quitté l'hôpital, que le chirurgien perd de vue et qui finissent dans un asile. Trop souvent l'on reste dans l'ignorance de leur passé.

Les *accidents tertiaires* surviennent chez ceux qui ont passé par les accidents primaires ou secondaires et qui ont paru définitivement guéris; ce sont des troubles cérébraux chroniques qui appartiennent à la même série pathologique que les autres.

Les guérisons, rapportées par les chirurgiens et datant même de quelques années, ne prouvent absolument rien, quant aux complications mentales possibles. Il est démontré si, p. ex., on semble intact tout en portant un corps étranger dans l'intérieur du crâne, qu'il n'y a jamais de sécurité complète. Après un nombre variable d'années les vertiges de l'accident primitif peuvent donner lieu à des désordres plus ou moins graves.

Il faut admettre, chaque fois qu'il y a eu traumatisme du crâne, — que les enveloppes du cerveau aient été lésées ou qu'elles soient restées intactes — que le tissu cérébral subit dans la structure intime une modification profonde, indélébile. Mais cette conviction ne suffit pas pour établir le diagnostic dû au traumatisme du crâne : il faut rechercher les *restes visibles* de ce traumatisme, c'est-à-dire les preuves anatomiques et les preuves cliniques.

PREUVES ANATOMIQUES. — A. *Lésions constatées à l'autopsie* : Très souvent adhérences de la dure-mère au crâne, résultat d'un travail phlegmasique à la face externe de la dure-mère. Si l'irritation s'est produite à sa face interne, on constatera une pachyméningite. — Ossifications de la dure-mère. aussi bien ostéophytes développés au point où a porté le choc qui concrétions osseuses siégeant généralement dans les replis de la faux.

B. *Lésions externes, visibles pendant la vie*. Elles sont fréquentes : cicatrices plus ou moins fréquentes et plus ou moins étendues, exostoses, pertes de substance osseuse, pouvant se compliquer, suivant le siège de la blessure, de paralysies musculaires, de perte d'un organe (œil, nez, etc.), d'atrophie, etc., suivant qu'un nerf a été coupé, quele coup a atteint l'organe de la vision, etc.

Les traumatismes de la face et de la partie antérieure du crâne risquent le plus de laisser après eux ces lésions graves. Bien plus souvent on ne rencontre que de simples sillons cicatriciels.

PREUVES CLINIQUES. — A. *Troubles des facultés intellectuelles* : fréquemment arrêt de développement de l'intelligence quand l'accident se produit dans l'enfance. Très souvent l'intelligence se développe d'une façon irrégulière, qui rappelle des dégénérés héréditaires; les individus restent bizarres, mal équilibrés, impulsifs, incapables d'un travail suivi ou d'un effort soutenu. Ils rentrent dans la catégorie des cérébraux de Lasègue. — Changements d'humeur et de caractère, dans la manière de vivre et surtout une appétence pour l'alcool. — von Krafft-Ebing a connu un malade qui ne supportait plus la moindre trace d'alcool.

B. *Troubles pathologiques permanents*. — Perte partielle ou complète de la vue, de l'ouïe, de l'odorat ou du goût, paralysie et atrophie consécutive d'un muscle ou d'un groupe de muscles; fré-

quement douleurs névralgiques à partir du point atteint, ou douleurs obtuses avec ou sans bourdonnements ou sifflements d'oreilles, et plus souvent encore épilepsie ou attaque épileptiforme.

Christian analyse *cent* de ses observations personnelles et indique même, dans le tableau suivant, la nature des traumatismes.

	Folie.	Paralyisie			Total.
		générale.	Démence.	Épilepsie.	
Chute de cheval	1	10	1	»	12
Chute d'un lieu élevé	17	18	4	5	44
Coup de feu, éclat d'obus . .	»	2	3	1	6
Instrument contondant. . . .	8	8	7	6	29
Instrument tranchant	3	4	1	»	8
Contre-coup (chute sur les pieds)	»	1	»	»	1
	29	43	16	12	100

Une question importante est celle de l'âge auquel a eu lieu l'accident. Le traumatisme agit différemment sur le crâne de l'adulte et celui de l'enfant. Dans l'enfance les os, et surtout ceux du crâne sont souples, élastiques en raison de la non-ossification des sutures. Les chutes, de plus, sont moins dangereuses pour l'enfant, car c'est à cet âge qu'elles sont les plus fréquentes et assurément personne n'a gardé le souvenir de maints horions reçus sur la tête et n'ayant laissé aucune trace :

	Folie.	Paralyisie			Total.
		générale.	Démence.	Épilepsie.	
Première enfance	2	2	»	1	5
Enfance	10	3	3	4	20
Adolescences	2	4	1	»	4
Age Adulte	15	37	12	7	71
	29	43	16	12	100

Le petit nombre d'enfants dans ce relevé tient sans doute à ce que beaucoup meurent victimes d'un accident dans le premier âge. D'autres, frappés d'un arrêt de développement de l'intelligence, ou de convulsions, ont été placés dans les asiles pour idiots et épileptiques.

Quel est le temps écoulé entre le moment de l'accident et l'éclosion de la folie? Il est assez facile de trouver une indication précise pour le premier terme de la question, mais il est difficile de préciser l'heure où l'individu est devenu aliéné. Une pente insensible peut avoir conduit vers l'aliénation mentale. Les malades n'arrivent dans les asiles que lorsqu'on ne peut plus les laisser en liberté. Dans la majorité des cas, les $\frac{2}{3}$ se groupent de 1 à 10 ans, et surtout de 1 à 5.

Christian ne croit pas à l'existence d'une *folie traumatique* parce

que la cause de cette folie ne peut avoir aucune spécificité. L'action du choc traumatique est très variable; parfois même on ignore la partie de l'encéphale atteinte. Il faut réfléchir que la vie cérébrale est infiniment complexe, que le traumatisme n'agit jamais seul et qu'il n'agit pas autrement que les autres causes dans l'étiologie des maladies mentales, tantôt comme cause déterminante, mais plus souvent comme cause prédisposante. Le traumatisme ne fait que léser plus ou moins gravement le cerveau quand il n'existait aucune prédisposition antérieure, — ou, tout au contraire, il met en jeu les prédispositions latentes. C'est ainsi que l'on voit survenir l'une ou l'autre forme des maladies mentales : manie, délire de persécutions, folie circulaire, démence, épilepsie, hystérie, paralysie générale, suivant la nature et le mode d'action des autres causes qui sont également intervenues.

Il n'est qu'une série de cas, où il semble que le traumatisme imprime à la maladie mentale un cachet particulier, c'est quand il a été cause directe, immédiate de la folie. Ainsi un individu blessé à la tête guérit, mais continue à présenter des troubles cérébraux, céphalalgie, vertiges, éclipses de mémoire, troubles qui s'aggravent et se compliquent de délire qui nécessite sa collocation.

La folie due au traumatisme n'ayant pas de symptômes propres, le *diagnostic* ne pourra se baser que sur les antécédents du malade et sur le mode d'évolution de la maladie. — Le *pronostic* est toujours grave. Il y a incurabilité en raison de l'altération plus ou moins profonde et plus ou moins étendue de la substance cérébrale.

Le *traitement* du traumatisme est du domaine chirurgical. Si l'individu reste un *cérébral*, il garde une tare indélébile du cerveau; il faut se borner à suivre une bonne hygiène. Le traitement spécial n'existe pas parce que à côté de la lésion mécanique (fracture du crâne, épanchement de sang, esquilles, etc.), il y en a une autre plus importante, la modification moléculaire que le choc a déterminé dans la trame cérébrale, dans la cellule cérébrale. Quant à l'intervention chirurgicale c'est presque toujours au trépan qu'on a recours; cette opération, aujourd'hui inoffensive, compte déjà de nombreux cas de guérison, surtout dans l'épilepsie traumatique.

Médecine légale. — Dans les cas de traumatisme, une difficulté se présente dans les cas où, après les symptômes immédiats plus ou moins grands, le blessé paraît ou sera revenu à son état normal. Peut-on affirmer que la guérison sera certaine et durable? *Quelle que soit l'apparente insignifiance des accidents de début, l'expert devra toujours montrer la plus grande réserve pour l'avenir.* Ce n'est guère que pour des questions de responsabilité civile que le médecin est conseillé dans la période qui suit immédiatement le traumatisme,

Cependant il peut avoir à se prononcer sur des actes délictueux ou criminels commis par le blessé dans cette période *somnambulique* qui succède au choc et qui peut durer 24 heures au plus. Dans cette période le blessé continue à agir comme s'il était dans son état normal et cependant il est *inconscient*. L'expert mettra ce fait en évidence et démontrera que malgré les apparences, les actes sont automatiques, soustraits à la volonté de l'individu. C'est une sorte de somnambulisme traumatique, analogue au vertige épileptique, au somnambulisme naturel.

Généralement on demande au médecin : Une maladie mentale (manie, démence, paralysie générale, etc.) survenue depuis un, deux, dix ans... après un traumatisme, peut-elle être attribuée à ce traumatisme ? D'une façon générale on peut affirmer la *possibilité* du fait. Mais chaque cas réclame une étude spéciale et l'expert n'oubliera pas que l'individu qui a subi le traumatisme et qui en était guéri est rentré dans les conditions de la vie commune ; il aura eu sa part de chagrins, de fatigues, de préoccupations, d'excès. Au médecin à démêler la part qui revient à chacun de ces éléments étiologiques, y compris les causes constitutionnelles, hérédité, etc.

J. M.

Observation nouvelle de mélancolie transitoire, par VENTURI
(*Neurolog. Centralbl.*, 1889).

Cas nouveau de mélancolie transitoire, affection rare. X., ouvrier, 32 ans, jusque là bien portant, sans tare quelconque, non adonné aux boissons alcooliques, se fait mettre un soir en contravention par la police pour une bagatelle et, rentré trop tard chez lui, il se prend de querelle avec sa femme. Il dort bien cependant ; se réveille le lendemain mal disposé, mais travaille avec la même ardeur que les jours précédents. Le soir il se met au lit et à peine couché, est pris subitement, sans aucun prodrome, d'une anxiété intense ; il se met à délirer, est terrifié par des hallucinations effrayantes ; il lui vient des idées de suicide. Trois heures après, il était transporté à l'asile où l'on constata que la conscience était profondément troublée, qu'il était atteint de délire pantophobique avec illusions visuelles et anxiété ; il cherchait à fuir, mais ne fit de tentative criminelle ni contre lui-même, ni contre d'autres. Les pupilles dilatées réagissaient à la lumière ; il y avait de l'hyperesthésie cutanée. 0,02 centigrm. de morphine lui rendirent le calme et il dormit de 1 à 4 heures du matin. A son réveil il fut encore pris momentanément de quelques accès légers d'anxiété, puis s'endormit à 9 heures du matin, se réveilla à midi et sortit de l'asile le soir, complètement revenu à lui, mais ayant partiellement oublié ce qui lui était arrivé.

Cette observation des plus intéressantes, présente plusieurs particularités curieuses : le début brusque de l'affection en plein état de santé, ses rapports avec une contrariété, sa durée de 14 heures, le trouble profond de la conscience, la forme mélancolique du délire, la passage à la guérison pendant le sommeil, l'amnésie partielle, le manque complet de toute tare héréditaire.

J. D. B.

De quelques phénomènes qui surviennent chez les pendus rappelés à la vie, par J. WAGNER (Neurol. Centralbl., 1889).

La strangulation a une influence pernicieuse sur l'encéphale par l'accumulation d'anhydride carbonique et l'anémie qu'elle y produit (occlusion des carotides); elle peut ainsi donner lieu à des troubles persistants après sa cessation. En outre l'enlèvement du lien a pour conséquence de modifier la circulation cérébrale et de produire ainsi dans certains cas des accès de convulsions généralisées; ils éclatent ordinairement quelques heures après l'enlèvement du lien, dans tous les cas avant le réveil complet de la conscience. Les convulsions surviennent généralement en même temps que les premiers mouvements de respiration spontanée ou artificielle. Elles ont une durée variable (1 à 12 heures), sont épileptiformes, tétaniques ou affectent à la fois ces deux formes. Au retour de la conscience, il existe de l'amnésie qui s'étend souvent à la tentative de suicide et le malade ne se rend pas compte de l'état dans lequel il se trouve. Dans un seul cas sur 17, la mémoire revint en partie immédiatement, en partie après quelques temps. Souvent la perte de mémoire remonte aux événements antérieurs, par exemple à ce qui s'est passé au jour avant le suicide. D'autres fois, les malades sont pris d'accès d'excitation passagère avec un certain degré de désordre dans les idées. Dans deux cas, l'auteur observa des psychoses de durée plus longue (démence aiguë). Une fois sur 17, la mélancolie fut améliorée; un autre cas guérit.

J. D. B.

Un cas de microcéphalie, par PEIPER (Virchow's Archiv, 1889).

Il s'agit d'une jeune fille de 3 ans, née de parents consanguins dont étaient issus auparavant deux enfants bien portants et deux enfants morts-nés. Douze jours après la naissance, commencèrent des accès de convulsions, des cris convulsifs surtout, qui durèrent pendant quatre mois. Le développement du corps se faisait normalement, mais la tête restait petite ou pour mieux dire même diminuait de volume. Relâchement des muscles; impossibilité de tenir la tête droite; manque absolu d'intelligence.

Le 3 décembre 1888, on observait les symptômes suivants : expression idiote du visage, face relativement grande en comparaison du crâne qui, à droite et à gauche, présente une dépression de la région temporale; dilatation égale des pupilles; réaction pupillaire normale. La vue semble peu développée; l'enfant paraît se borner à distinguer la lumière de l'obscurité; pas de pigment rétinien. Sensibilités auditive, gustative, tactile intactes. La sensation de la faim paraît ne pas exister; la malade ne sait avaler que des liquides et des bouillies. La parole fait défaut; de temps en temps l'enfant émet une sorte de ronflement. Elle meut rarement ses membres, sait fermer la main, retirer la cuisse. Pas de tendance à jouer. Oreilles bien développées. A la région cervicale postérieure et tout le long de la colonne vertébrale : hypertrichose très marquée.

Il y a quelque intérêt à citer les mensurations suivantes :

Longueur du corps	0,80
Circonférence crânienne.	0,38
Diam. bi-temporal, immédiatement au dessus des oreilles	0,111
» au niveau de la dépression temporale	0,093
» sagittal entre le front et la protubérance occipitale externe	0,142
» sagittal entre la racine du nez et l'occipital	0,153

J. D. B.

Description de trois cerveaux microcéphales, par F. MARCHAND
(*Neurolig. Centrbl.*, 1889).

Cerveau n° 1. — Petitesse; complication moindre et aplatissement des circonvolutions surtout au lobe pariétal. Direction absolument verticale du sillon de Rolando jusqu'à la fente interhémisphérique; il paraît constitué par une bifurcation de la scissure de Sylvius. Existence d'une scissure simienne bien caractérisée avec opercule occipital complet; développement rudimentaire des premières et seconde circonvolutions occipitales avec circonvolutions de passage profondes, comme chez les singes inférieurs. La scissure calcarine se jette dans la scissure de l'hippocampe. Accumulation considérable de substance grise à la convexité du cerveau, surtout au lobe pariétal et à la circonvolution centrale antérieure, avec diminution évidente de l'espace occupé par la substance médullaire. Anomalies de structure à la moelle allongée et notamment présence à côté des olives de plusieurs olives accessoires; dilatation modérée du 4^e ventricule.

Cerveau n° 2. — Petitesse; simplification de l'aspect extérieur. Situation superficielle d'une partie de l'insula avec manque de développement de l'opercule. Direction presque verticale de la scissure

de Rolando. Peu de développement du lobe pariétal en longueur. La scissure pariéto-occipitale se jette dans le sillon occipital transverse; il existe une profonde dépression entre les lobes pariétal et occipital. Situation profonde de la partie supérieure de la première circonvolution occipitale; formation d'un tubercule occipital incomplet. Forte diminution de volume du cuneus. Retrécissement du corps calleux.

Cerveau n° 3. — Crâne très petit, asymétrique, fortement scolio-tique. Encéphale, et surtout cerveau, fortement diminué de volume, complication moindre des circonvolutions; insula dénudé sur une petite étendue. Le sillon de Rolando se jette dans la branche postérieure de la scissure de Sylvius; la circonvolution centrale antérieure est complètement séparée des circonvolutions frontales horizontales par un sillon précentral de développement anormal. Forte diminution de volume et aspect anormal du lobe occipital, pourvu d'un prolongement operculaire (*operculum occipitale*); développement anormal du sillon pariéto-occipital, surtout à droite. La partie postérieure du corps calleux est peu développée.

J. D. B.

Contribution clinique à l'étude de la mélancolie, par MENDEL
(*Neurolig. Centralbl.*, 1889).

Il ne semble pas qu'il existe de maladie mentale mieux caractérisée que la mélancolie; depuis Hippocrate sa définition n'a pas changé; mais les discussions commencent quand il s'agit d'en grouper les cas.

Les troubles morbides chez le mélancolique sont primaires et affectent surtout le sentiment; nos sentiments se rapportent, soit à nos perceptions sensorielles, soit à nos pensées (esthétique, morale, religion). Mendel distingue donc :

1° La mélancolie hypocondriaque où les troubles morbides affectent surtout les sentiments sensibles. Il faut y ranger une partie des cas de mélancolie syphilitique, masturbatoire, etc., des auteurs.

2° La mélancolie intellectuelle et surtout la mélancolie religieuse des auteurs.

3° La mélancolie générale. Les sentiments sensoriels et intellectuels sont pervertis à la fois; le malade a des représentations hypocondriaques et des idées de damnation. Il faut y comprendre la mélancolie avec stupeur produite par des hallucinations musculaires.

La première et la troisième formes se présentent plus souvent chez les hommes que chez les femmes; la mélancolie intellectuelle se montre surtout chez la femme.

Chez la femme la mélancolie éclate plus tôt que chez l'homme;

avant la 20^e année, dans 8 % des cas chez la femme, dans 2 % des cas chez l'homme. Elle est fréquente dans les deux sexes de 20 à 30 ans.

La mélancolie hypocondriaque se caractérise par la fréquence de ses récidives; celle qui récidive le moins est la mélancolie intellectuelle. En général, il y a récidive dans 50 % des cas de mélancolie; rarement dans les trois premières années après le premier accès, généralement après 6, 8, 10 ans, rarement après 26 à 34 ans. Souvent il y a 3, 4, 5, même 6 récidives qui peuvent cependant encore guérir.

Le traitement par les opiacés, efficace dans la mélancolie intellectuelle est nul dans la mélancolie hypocondriaque. J. D. B.

Folie de la puberté. — Manie choréique, par A. MAIRET
(Ann. méd. psych., 1889).

Nous avons étudié (v. p. 194) la pathogénie et l'étiologie de la manie choréique. A la *période prodromique* la forme simple et la forme hallucinatoire doivent être étudiées ensemble. Elle est caractérisée par les symptômes ordinaires à toute crise pubérale plus ou moins rapide. Une céphalée et une irritabilité du caractère peuvent précéder de plusieurs mois, même de plusieurs années l'éclosion de la maladie.

Le *début* est le plus souvent brusque et à la suite d'une cause occasionnelle, et spécialement une influence morale. Il peut être lent et progressif en même temps que se produit la surexcitation d'abord, l'agitation ensuite. Dans la majorité des cas les troubles choréiques et psychiques apparaissent simultanément; rarement leur apparition est séparée et alors l'un ou l'autre de ces troubles peut précéder.

Dès le début les troubles délirants (hallucinations, sauts, courses, rires) peuvent dominer la scène; ou bien les troubles psychiques ne consistent qu'en une irritabilité, des idées de peur, une insomnie, tandis que les troubles délirants apparaissent plus tard. Mais quelque soit le mode du début, le délire n'a pas d'emblée l'intensité qu'il aura ultérieurement; il met parfois des mois et des années pour arriver à son apogée.

Dans trois cas de manie choréique simple, Mairet a observé au début un *état fébrile* avec délire. Les *mouvements choréiques* peuvent atteindre dans certains cas et dès le début leur plus grande intensité, qu'ils soient généralisés ou limités. Ils peuvent même diminuer et disparaître pendant que les troubles psychiques augmentent en intensité. D'autres fois ils suivent dans leur développement une

marche progressive, et dans ce dernier cas la chorée atteint plus rapidement sa période d'état que le délire; aussi le début de cette névrose se confond-elle avec la période d'état.

L'intensité des mouvements choréiques est très variable : tantôt très marquée, tantôt moindre; le plus souvent elle est moyenne de manière à ne pas rendre impossible les mouvements physiologiques. Toujours ils s'exagèrent sous l'influence des accès d'agitation.

La chorée peut aussi se généraliser et atteindre les muscles de la vie de relation et ceux de la vie organique. Elle atteint ordinairement les quatre membres et la face avec prédominance de certains muscles, spécialement de la face et des doigts.

Dans la période d'état, et pour la *manie choréique simple*, on observe un état maniaque sur lequel se greffent à certains moments des accès d'agitations de modalité particulière. Le maniaque choréique est plus agressif, même en dehors des accès d'agitation; il présente en outre un état d'hébétude, d'incohérence intellectuelle très marquée, parfois une modification dans le langage, un état de béatitude. Les accès d'agitation sont caractérisés par des courses, des sauts, des cris, des rêves, etc. Pendant ces courses ou ces sauts, les malades ont parfois un véritable besoin de déchirer. D'autres fois le besoin de destruction est le fait dominant. Chez quelques malades les accès d'agitation sont suivis pendant quelques heures par un état d'affaissement intellectuel et physique. Ces accès sont absolument impulsifs et ne s'accompagnent pas de perversions sensorielles. Lorsque, par la force ou l'autorité morale, on arrête le malade dans sa course, il se montre volontiers offensif.

Les rires et les cris sont aussi impulsifs que les courses et les sauts, mais ils revêtent, les uns et les autres, et surtout les cris, un caractère spasmodique qui en font des véritables cris choréiques.

Mairet ne croit pas à un rapport direct entre les courses, les sauts et la chorée. L'impulsion psychique se porterait seulement, d'après lui, chez les malades, sur les éléments cérébraux qui président au mouvement par suite de l'atteinte que ces éléments ont subi du fait de la chorée. Ce caractère impulsif se retrouve encore dans la masturbation; certains de ces maniaques s'y livrent avec frénésie.

La *manie choréique hallucinatoire* est caractérisée par une surexcitation plus ou moins marquée; tantôt très faible, tantôt très accentuée et empreinte d'idées de tristesse avec idées de peur dominantes. La modalité revêtue dans ce cas par le délire triste, s'explique parce qu'elle est la résultante des hallucinations qui dominent les accès d'agitation et font sentir leur action en dehors de ces accès.

Les hallucinations sont classées ici comme suit : vue, ouïe, goût, etc. Elles peuvent être compliquées d'idées de suicide et reviennent

souvent de préférence la nuit et dans la période intermédiaire à la veille et au sommeil. Aussi l'insomnie est fréquente chez le maniaque choréique, d'autant plus qu'aux hallucinations s'ajoutent des rires et des cauchemars pendant lesquels le malade a souvent les mêmes perversions sensorielles que pendant l'état de rêve; ces perversions toutefois peuvent revenir à toute heure du jour. Elles rendent le plus souvent les malades très agressifs.

Si les hallucinations dominent les accès d'agitation, elles ne constituent pas tout l'accès; elles peuvent disparaître et les accès d'agitation persister. Ces accès, comme dans la manie choréique simple, se produisent brusquement et ont aussi quelque chose d'impulsif.

Du côté physique chez les malades souffrant de l'une ou de l'autre forme de cette manie, on observe une congestion de la face pendant les accès d'agitation, congestion accompagnée d'une émotivité considérable de la circulation et qui parfois fait doubler le nombre des pulsations. — Les troubles vaso-moteurs sont faciles à produire et du côté du cœur il existe des modifications dans la modalité des contractions qui semblent se rattacher à une hypertrophie. Dans la forme hallucinatoire le refus d'aliments peut se rattacher à des idées d'empoisonnement, mais le plus souvent, et dans les deux formes, l'appétit reste conservé. Le sens génésique peut être très excité.

L'évolution de la manie choréique est variable. Si la guérison se présente, il y aura, au bout d'un certain temps, une diminution progressive, parfois rapide, des troubles psychiques: accidents choréiques et délire disparaissent simultanément. Toutefois si la maladie a eu une durée trop longue, l'intelligence du malade laisse quelque peu à désirer. D'autres fois tout en se terminant par la guérison, la maladie suit une marche différente: l'agitation est suivie d'une période de dépression et celle-ci d'une période de calme pendant laquelle le malade se montre taquin, enfantin. — Enfin la manie choréique peut être incurable et se terminer par la démence.

Le *pronostic*, relativement bon, est cependant plus grave que celui de la stupeur lypémanique, en raison de l'hérédité qui y joue un rôle considérable. Le *diagnostic*, l'adjonction de la chorée aux accidents psychiques au moment de la puberté, est facile à établir.

J. M.

Les troubles mentaux des vieillards, par le D^r ROUILLARD
(Gaz. des Hôpitaux, 1889).

Chez les vieillards les troubles mentaux dépendent d'une affection qui s'est développée chez un individu indemne jusqu'alors et la

maladie a alors pour étiologie la sénilité ou toute autre cause, ou bien une vésanie préexistante et qui, par le fait de l'avancement en âge, subit une certaine transformation. C'est donc une erreur de déclarer précocement un vieillard atteint de démence sénile, car le pronostic des troubles mentaux de la sénilité n'est pas toujours fatal, chose importante au point de vue de la responsabilité civile, de la capacité civile et testamentaire, de la collocation, etc.

Qu'est ce que la sénilité ? Qu'est ce que la démence ? D'après Charpentier, la sénilité est un complexe de destruction, un processus de dissolution qui, commençant ordinairement à 60 ans, se continue lentement et progressivement jusqu'à la terminaison de la vieillesse. Il peut même y avoir sénilité précoce à 50 et à 40 ans : visage et mains ridées, peau sèche et terreuse, cheveux blanchis ou tombés, dents cariées ou disparues, affaiblissement des forces musculaires, digestives, respiratoires. Cette sénilité précoce peut s'amender et ne peut donc être confondue avec la sénilité vraie qui a une marche fatale. Le plus souvent c'est à l'athérome qu'est due la sénilité précoce, et en dehors de cette disposition, il n'y a que des mélancoliques ou des cachectiques.

La démence, d'après Tourdes, est l'affaiblissement ou l'oblitération des facultés intellectuelles et affectives, accompagnée de l'affaiblissement et de l'extinction des facultés motrices. Elle peut donc se montrer à la suite d'une foule d'états pathologiques. En pathologie mentale c'est le carrefour où aboutissent et se confondent les diverses variétés d'aliénation mentale. M. Ball les divise en trois groupes, D. organiques, D. toxiques et D. névropathiques. Nous ne nous arrêtons qu'à ces deux dernières.

DÉMENCE SÉNILE. — Elle est essentiellement caractérisée par l'amnésie. La mémoire se détruit peu à peu, le malade a des absences, de fréquents oublis ; son amnésie ne porte que sur les faits récents ; les événements de la veille sont effacés le lendemain, ils ne prennent pas racine. La mémoire des noms, surtout des noms propres, part la première parce que c'est elle qui évoque le moins d'idées sympathiques. Puis vient la mémoire des faits, journaliers au début, d'une plus grande distance ensuite et il ne reste finalement au vieillard que les souvenirs de l'enfance.

Si l'on scrute cette amnésie, on voit que la faculté de conserver et de reproduire les images n'est pas seule atteinte. L'attention surtout fait défaut ; les faits ne sont plus reproduits parce qu'ils ne sont plus perçus. L'atrophie de la substance grise explique ce phénomène et rend l'*amnésie sénile irrémédiable*.

Si l'amnésie détruit les mots, comme les idées et les faits, on ne saurait cependant confondre le langage d'un dément sénile avec celui

d'un aphasique. Chez l'un, c'est un trouble moteur, chez l'autre, un trouble purement intellectuel. Mais si la mémoire se détruit, la mémoire organique résiste plus longtemps, et l'automatisme cérébral permet d'accomplir des actes en apparence compliqués mais qu'une habitude routinière rend inconscients. Ainsi, des déments séniles, incapables parfois de dire où ils se trouvent, peuvent jouer aux dominos, aux dames, aux échecs et calculer les combinaisons des jeux difficiles.

A côté de la mémoire, d'autres facultés déclinent. *La volonté est presque détruite*; beaucoup de vieillards ne savent pas ce qu'ils veulent, sont incapables de prendre une décision. Leurs désirs sont fugaces. On ne confondra pas cette *aboulie* avec celle de certains états névropathiques. La mélancolie avec conscience, surtout fréquente chez la femme rhumatisée, à la ménopause, est également caractérisée par une aboulie. Son pronostic est favorable.

Le vieillard se fait remarquer par son *émotivité exagérée*. Il a peur de tout et ses terreurs sont surtout nocturnes. On ne peut le laisser seul, ni sans lumière. Il crie, pleure et s'excite jusqu'à ce qu'on soit arrivé. Il se désole, a des accès de désespoir pour des futilités (mort ou maladie d'un chat, p. ex.) ou s'émotionne outre mesure en parlant de ceux qu'il a perdus et dont il a courageusement supporté la perte 20 ou 30 ans auparavant. *L'instinct de la conservation et tout ce qui s'y rattache s'efface de plus en plus*; ainsi il y a des déments qui peuvent voir avec indifférence les progrès d'un incendie qu'ils ont allumé imprudemment.

L'affaiblissement progressif des facultés est accompagnée d'une déchéance physique également progressive jusqu'à la cachexie et le gâtisme. La démence sénile simple peut s'accompagner de différents troubles psychiques.

DÉMENCE SÉNILE DÉLIRANTE. — La démence sénile compliquée de délire, d'hallucinations pousse souvent le vieillard à commettre des actes ridicules, délictueux ou criminels. Cette forme de démence est améliorable et même curable; mais si le délire disparaît, le fond de démence reste.

A. Idées de persécution. — Ces idées, très fréquentes, sont l'exagération de ce sentiment de défiance qu'ont fait naître dans l'esprit du vieillard les mille déceptions de la vie. Elles ont souvent pour base un fait réel et l'on ne peut toujours y distinguer le vrai du faux. Cela surtout chez les ouvriers qui ne pouvant plus travailler, sont considérés comme une charge; de là des vexations quotidiennes, le pain donné comme à regret. Le vieillard ne tarde pas à se rendre compte des sentiments qu'on nourrit à son égard et, l'imagination aidant, il édifie ainsi un véritable délire.

Les idées de persécution dans la démence sénile sont *multiples*. Le persécuteur n'est plus telle et telle personne. C'est le plus souvent vague et indéterminé; on le regarde de travers, on lui en veut, on chuchote en sa présence, on ourdit des complots, on veut l'empoisonner, etc. Les francs-maçons, les jésuites, la police le guettent, d'où une horreur invincible de sortir. Ces idées sont mobiles, se portent tantôt sur telle personne, tantôt sur telle autre. Tantôt le persécuteur est un homme que le vieillard connaissait autrefois et qui peut être mort depuis longtemps, tantôt un personnage politique, même un être chéri dont l'affection et le dévouement sont mal payés de retour. Ces idées sont mobiles et fugaces; elles ne peuvent s'implanter dans les cellules atrophiées du cerveau.

Ces idées peuvent être alimentées par des *hallucinations* ou les reconnaître pour cause. Ces hallucinations ont les mêmes caractères que les idées de persécution, peuvent affecter tel ou tel sens ou tous les sens à la fois. Celles de l'ouïe sont fréquentes surtout chez les vieillards atteints de surdité. Mais contrairement à celles observées dans le délire des persécutions, elles n'ont jamais le caractère injurieux. Ce sont le plus souvent des conversations, parfois des propos orduriers. — Les hallucinations du goût et de l'odorat s'observent plus souvent. D'où les idées d'empoisonnement, des odeurs infectes dans le lit ou la chambre. Ces troubles dérivent certainement du mauvais état du tube digestif. Comme pour les autres sens, ces hallucinations ne sont pas toujours désagréables. Celles de la sensibilité générale sont aussi très fréquentes; les malades se plaignent d'être battus, pincés, écorchés, font voir des ecchymoses imaginaires, etc.

Les hallucinations les plus communes sont celles de la vue. Qu'il y ait ou non de l'alcoolisme on constate très souvent de la zoopsie. Elles sont terrifiantes et font hurler le malheureux; gaies (fête, fleurs, oiseaux, etc.), mais le plus souvent indifférentes et vagues (ombres, visions célestes, Dieu, anges, personnes décédés d'où la facilité avec laquelle le spiritisme fait des prosélytes parmi les gens âgés), tous phénomènes qui ne sont qu'une réminiscence mnémonique.

Comme les autres conceptions délirantes de la vieillesse, ces hallucinations sont multiples, mobiles et fugaces. Cette règle compte néanmoins quelques exceptions.

Ce qui est plus commun encore, ce sont les *illusions* et les interprétations délirantes. La vue ayant baissé, l'ouïe étant plus dure, le vieillard voit des gens mal intentionnés, gendarmes, etc., interprète à faux les conversations, les bruits de la rue, etc. Ce symptôme se rencontre aussi dans d'autres affections mentales, notamment dans l'alcoolisme subaigu et dans le délire de persécutions.

B. *Idées mélancoliques et hypocondriaques.* — Soit isolées, soit alliées aux précédentes, celles-ci sont des plus communes. Ces idées mélancoliques s'expliquent par les idées de tristesse que doivent provoquer les deuils qui s'accumulent autour du vieillard. Les vieillards tristes sont plus nombreux que les vieillards gais. Mais il y a ici un état physique qui est certainement le facteur étiologique; le plus souvent c'est une maladie du tube digestif ou des organes génito-urinaires. Ce qui est vrai des idées mélancoliques l'est aussi des idées hypocondriaques. Les vieillards sont volontiers des malades imaginaires. Au point de vue du pronostic il y a une différence à établir entre le délire et les idées mélancoliques ou hypocondriaques; il n'y a non seulement l'intensité des conceptions délirantes, mais encore la persistance des idées et leur envahissement de l'intelligence toute entière; il y a surtout l'état physique. — Enfin on croit souvent chez le vieillard à un délire mélancolique, en raison de son mutisme, de son indifférence, de son air désolé. Mais beaucoup de vieillards ne pensent pas. La cérébration est lente, restreinte, leur torpeur résulte de la raréfaction des cellules, différant en cela de la mélancolie avec stupeur.

c. *Idées religieuses.* — Elles existent dans la démence sénile à tous les degrés depuis la simple exagération d'une piété superstitieuse jusqu'au véritable délire religieux. A leur degré le plus faible ces idées ne reconnaissent d'autres causes que l'amnésie des faits récents et la réviviscence des souvenirs de l'enfance et des croyances inculquées à cette époque. Parvenu à son point culminant, le délire religieux se ressent certainement de son origine, de l'éducation. Il est la conséquence d'une manière d'être antérieure: il est incohérent, dissocié, puéril à la manière de l'incohérence, de la dissociation, de la puérilité de la démence. Il est lié à des idées mélancoliques, hypocondriaques ou de persécution, ou il n'est qu'une variété du délire des grandeurs. — Malgré leur mobilité ces idées religieuses aggravent le pronostic.

d. *Idées érotiques.* — Le délire érotique peut exister sans idées religieuses, mais il est rare que le délire religieux ne soit pas accompagné d'idées érotiques. Au moins il y a des hallucinations du sens génital. La surexcitation génésique est très souvent un prodrome de la démence sénile (ou de la paralysie générale progressive). Ces déments séniles poursuivent de leur assiduité des femmes et des enfants, se livrent à des attentats à la pudeur, ont des conversations ordurières, lisent des livres obscènes. Ces faits, même quand ils ne se passent pas en dehors de la vie conjugale, constituent un symptôme très grave. Même au déclin quand le vieillard est tombé dans le gâtisme, il se livre à la masturbation.

E. *Idées de grandeur*. — On les rencontre dans la paralysie générale, la folie systématisée progressive, la débilité mentale, la manie, l'hystérie, l'épilepsie, l'alcoolisme et enfin dans la démence sénile. Mais sauf pour la paralysie générale et la folie systématisée, ces idées n'ont aucun caractère pathognomonique. Chez le vieillard elles n'existent que dans la proportion de 2p.100. Elles coexistent avec le délire religieux, mais peuvent être isolées. Comme dans la paralysie générale, elles sont multiples, mobiles, incohérentes et contradictoires, mais à un moindre degré. Toutefois la satisfaction béate des paralytiques est ici rare. Le dément sénile est plutôt un dégénéré qu'un excité. Il se lamente, souvent gémit malgré ses conceptions ambitieuses. Leur apparition comporte une aggravation du pronostic.

C'est en raison de la fugacité, du peu de cohésion de cet état délirant que Rouillard a préféré la qualification d'*idées*; en effet elles ne possèdent pas l'ampleur du délire.

F. *Actes des déments séniles*. — Sous l'influence de ces idées délirantes le vieillard est poussé à commettre certains crimes ou délits :

Un vieillard dément qui, dans l'espace de 20 jours, avait eu des rapports avec une vingtaine de femmes, tua sa fille par jalousie. — Heureusement l'homicide et le suicide se ressentent de la maladresse et de la faiblesse physiques et le malheur n'est pas complètement consommé. L'acte est toujours hors de proportion avec le mobile invoqué et frappé au coin de l'insanité. L'oblitération du sens moral fait aussi que le vieillard, ne cherche point à se disculper de cet acte.

L'excitation peut encore le pousser aux excès alcooliques, aux vols souvent d'objets sans valeur. Comme beaucoup de paralytiques généraux, ils deviennent *ramasseurs*, bourrent leurs poches de toutes choses. Tantôt par méchanceté, plus souvent par maladresse, ils deviennent incendiaires. Les viols, les attentats à la pudeur sont surtout très fréquents; souvent aussi ces malades sacrifient tout pour se rapprocher de leur idéal. De là encore ces mariages disproportionnés. Enfin il y a des exhibitionnistes qui vont, périodiquement, à heure fixe et dans les mêmes lieux, exhiber leurs organes génitaux. — Cette surexcitation est bien des fois liée à l'état des organes génitaux (éruptions cutanées, prurit, affections de la vessie). Parfois ces faits ne sont accompagnés d'aucun trouble mental ou physique, d'où erreurs judiciaires et nécessité pour l'expert de prolonger ses observations. Il en résulte l'irresponsabilité du sujet et la légitimité de l'internement si le dément sénile simple ne peut être sérieusement surveillé chez lui.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Il faut distinguer la démence sénile des états voisins (hémorragie cérébrale, embolie, ramollissement, tumeurs cérébrales, etc.). La démence sénile a une marche lente et

on y distingue trois périodes : la *période initiale*, accompagnée ou non de délire maniaque ou dépressif; la *période moyenne ou d'état* et la *période terminale ou cachectique*. L'affaiblissement intellectuel fait des progrès continus. Dans certains cas de démence à la suite d'une maladie cérébrale l'intelligence peut revenir.

Dans la démence sénile nous avons l'*athérome artériel* et l'*atrophie de la substance cérébrale*. Le poids de l'encéphale en donne la preuve : son poids moyen est de 1323 gr. chez l'homme et 1200 gr. chez la femme (de 60 à 69 ans). Dans la démence sénile il est de 1249 gr. chez l'homme et de 1154 gr. chez la femme. Le cervelet participe également à cette diminution de poids.

On constate même une différence de poids entre les deux hémisphères. D'après Morselli, les plus grandes différences de poids sont données par les psychopathies paralytiques et hémiplegiques, auxquelles succèdent, dans l'ordre descendant, les folies séniles; mais dans ce dernier cas la différence est due aux processus morbides d'atrophie et d'involution cérébrale.

D'après Marandon de Montyel, à partir de 60 ans, la prédominance du lobe droit est moins fréquente et ce résultat devrait être attribué aux folies séniles. L'atrophie porte principalement sur le lobe gauche du cerveau et notamment sur les régions pariéto-temporales. — Les chiffres susindiqués n'ont rien d'absolu, car Rouillard a fait l'autopsie d'un individu, dément sénile depuis 10 ans, dont l'encéphale, à artères très athéromateuses, pesait 1535 gr.

DIVERSES MALADIES MENTALES CHEZ LES VIEILLARDS. — 1° *Manie*. Rare chez le vieillard; elle peut se présenter sous ses diverses formes et à ses différents degrés. Rouillard toutefois n'a pas observé la manie suraiguë, ni le délire aigu au dessus de 60 ans.

La manie chez le vieillard est très souvent le résultat d'un nouvel accès de folie périodique qui a débuté dans l'âge mûr; ou bien c'est une manie chronique qui dure déjà depuis des années mais qui ne verse que tardivement dans la démence. L'auteur se base ici sur les savantes recherches du Dr Régis et il résulte de son étude que dans la manie sénile on trouve une *multiplicité et une variété dans les conceptions délirantes* : idées de grandeur, de mélancolie, de persécution, qui manquent dans la manie des adultes.

2° *Mélancolie*. — Les idées mélancoliques et hypocondriaques sont les plus fréquentes dans la démence sénile. D'après Régis, l'homme a comme la femme sa grande climatérique entre 50 et 60 ans, et l'un et l'autre sont souvent pris, à ce moment, d'une folie qui revêt d'habitude la forme mélancolique. Notons toutefois ici la fréquence relative de la folie avec conscience, forme curable mais sujette à rechutes, qui s'observe plutôt chez les femmes, les

arthritiques, débutant à la ménopause et revenant périodiquement par accès, — puis la forme mélancolique avec stupeur.

Ces variétés de lypémanie sont le type de la folie sympathique, l'apanage de la vieillesse. La folie sympathique est liée surtout au cancer, aux affections cardiaques, au diabète ou aux maladies de la vessie. Souvent on rencontre ici des suicides.

Enfin, il existerait un état mélancolique pseudodéméntiel. C'est l'état nostalgique des gens âgés qui, après une carrière honorable, sont mis à la retraite par les exigences des règlements administratifs, ou de ces commerçants qui se retirent après fortune faite. L'ennui, le désœuvrement forcé, le changement d'habitude les pousse dans la nostalgie avec idées de suicide, sitiophobie, etc., une démence apparente. Il en est de même après le décès ou l'éloignement pour cause de mariage, d'un fils ou d'une fille. — Cet état peut s'amender et guérir par la disparition de la cause.

3° *Délire des persécutions*. — Cette maladie, à évolution essentiellement lente, peut se prolonger jusque dans la vieillesse. Ainsi on rencontre chez le vieillard, non dément encore, des idées de persécution et des idées de grandeur. Il faut savoir différencier ce délire et nous avons déjà insisté sur ce caractère particulier que chez le persécuté pur les idées délirantes sont précises et offrent de la cohésion, tandis que chez le dément sénile ces idées peuvent s'effacer. Le malade est dément mais inoffensif. Le persécuté non dément est des plus dangereux.

4° *Hystérie-épilepsie*. — Par le fait de l'âge ces névroses tendent à s'effacer. Les crises s'espacent, le délire est absent. Les vieux épileptiques deviennent plus vite déments.

5° *Alcoolisme*. — La marche fatale de l'alcoolisme est précipitée par la sénilité. Le délire de l'alcoolisme chronique ressemble à celui de la démence sénile délirante : même amnésie progressive, même état déméntiel, même émotivité, même sensiblerie, même rabâchages éternels. Embarras de la parole et tremblement dans les deux affections; fréquence, seulement beaucoup plus grande, du délire mégalomaniacque dans l'alcoolisme chronique. La distinction est difficile, mais importe peu, parce que le pronostic est le même.

L'alcoolisme aigu ou subaigu ne se rencontre pas chez le vieillard. Si celui-ci fait des excès alcooliques, on doit les mettre sur le compte de la paralysie générale prodromique ou de la démence sénile.

6° *Paralysie générale*. — Cette maladie se rencontre quelquefois chez le vieillard. Marcé en a rencontré 3 de 61, 1 de 65 et 4 de 60 à 70 ans. Les troubles intellectuels sont les mêmes que dans la paralysie des adultes. Mais la parole est principalement anéantie et les troubles somatiques moins accentués. Son évolution se fait en 2 ans

au maximum. A l'autopsie, les adhérences entre la pie-mère et la substance corticale sont peu nombreuses. La lésion principale est l'athérome de tout le système artériel.

J. M.

—
Les troubles psychiques de la vieillesse, par FÜRSTNER
(*Archiv für Psychiatrie*, 1889).

L'auteur a observé 95 malades atteints de psychose sénile typique : chez 20 % seulement des malades, il y avait quelque tare héréditaire, mais dans un grand nombre de cas, on trouvait chez les ascendants quelque maladie cérébrale organique. L'abandon d'une fonction longtemps occupée, la perte de relations habituelles ont plus d'importance étiologique que les chagrins.

F. divise ces psychoses en trois groupes : 1° psychoses séniles simples modifiées par l'âge du sujet ; 2° formes précédentes avec faiblesse d'esprit ; 3° psychoses avec symptômes somatiques et surtout cérébraux.

Le premier groupe contient : 33 cas de mélancolie simple (11 cas de guérison) ; 18 cas de mélancolie anxieuse (5 cas de guérison) ; 3 cas de mélancolie avec stupeur ; 9 cas de manie ; 11 cas de troubles maniaques ; 7 cas de folie systématisée ; 5 cas de démence sénile ; 9 cas de démence suite d'affections organiques.

Dans tous les cas de manie, il y avait de la faiblesse intellectuelle ; des hallucinations fréquentes, surtout de l'ouïe ; systématisation du délire rare.

Les troubles maniaques chez le vieillard ressemblent à la manie hallucinatoire aiguë comme on la voit survenir chez la femme en couches. Les facteurs les plus importants de cette affection sont l'athérome artériel, la fatigue, les chagrins, les excès. Ses prodromes sont : douleurs de tête, syncopes, vertiges, hyperidrose, constipation, ictère, insomnie, sensiblerie, irritabilité et insuffisance de la mémoire. Le début a un caractère aigu, le contraire de ce qui se passe dans les autres psychoses séniles ; il consiste en un état d'excitation violente, parfois précédé de perte de connaissance. En quelques heures ou quelques jours, l'affection a acquis son entier développement ; elle s'accompagne d'illusions et d'hallucinations, d'anxiété et souvent de troubles notables de la circulation, de fièvre. On constate des différences de dilatation pupillaire, de la parésie unilatérale du facial et des extrémités, de l'aphasie et de la paraphasie ; mais ces symptômes sont passagers. Parfois on croirait le malade atteint de méningite. L'agitation motrice est moindre chez le vieillard que dans les formes typiques. Le peu de suite dans les idées délirantes du malade fait

croire souvent à de la faiblesse d'esprit. Le pronostic est plus favorable que celui de la mélancolie anxieuse. Après quelques mois de maladie, il peut encore survenir une amélioration. Sur 11 cas observés par l'auteur, 6 guérirent, 1 fut amélioré, 2 devinrent incurables, 2 moururent de pneumonie. Comme traitement à recommander : la digitale (plusieurs doses de 0,03 répétées chaque jour), l'opium (mêmes doses) et les alcooliques.

Il ne se déclare pas de paralysie générale après 60 ans ; la démence sénile s'en distingue par les caractères de la démence et des troubles du langage, par l'absence de dégénérescences de la moelle épinière. F. n'admet du reste dans le cadre de la démence sénile que les cas où la faiblesse d'esprit constitue le symptôme dominant.

J. D. B.

Maladies mentales des vieillards, et leur influence sur la capacité pour donner et tester, par le D^r BIANTE (Ann. méd. psych., 1889).

M. C... avait, à la fin de 1882, vers le 15 août et du 15 au 18 octobre, donné des marques de folie : « Accès de délire de persécutions, troubles sensoriels, incohérence dans les idées, désordre dans les actes. » La donation avait eu lieu le 23 septembre, devant un notaire qui avait pris les plus grandes précautions et pendant trois jours il avait fait les investigations les plus minutieuses parce que son client âgé lui paraissait physiquement affaibli et qu'il donnait ses biens à des étrangers. Devant le notaire et son collègue, M. C... s'était montré conscient et possédant une volonté très ferme. En donnant ses biens à des étrangers, il avait obéi à une idée depuis longtemps arrêtée et prise alors que son état mental n'était pas encore suspecté. Les crises délirantes n'avaient été aperçues que par les personnes qui étaient immédiatement en rapport avec M. C... ou qui étaient appelées auprès de lui dans les moments de maladie. Une fois la crise passée, il ne restait aucun trouble des facultés, aucun affaiblissement intellectuel. Cependant, en avril 1884, M. C... est entré à l'Hôtel-Dieu avec les symptômes d'un ramollissement cérébral ou d'une démence sénile. Il est mort le 11 juin 1884.

Avec l'aide des témoins qui avaient vu les accès de folie, des témoins qui n'avaient observé rien d'anormal, des dépositions des deux médecins qui avaient soigné M. C... en octobre 1883, en avril et mai 1884 et des deux notaires qui l'avaient vu en septembre et novembre 1883, le diagnostic a pu être établi.

M. C..., ancien marinier, doué durant sa vie d'un caractère taciturne, original, brutal, passant même pour maniaque dans le sens vulgaire du mot, est devenu à 71 ans plus sombre, méfiant, pusil-

lanime. Il avait mené une misérable existence, sans soutien véritable, loin de ses parents avec qui il était très mal depuis de nombreuses années; il habitait et prenait pension tantôt dans un lieu, tantôt dans un autre; il fréquentait les cafés, buvait peut-être plus qu'il n'absorbait de nourriture. Toutefois on ne pouvait le qualifier un alcoolique ou un débauché. L'isolement, le défaut de soins, une alimentation insuffisante, un léger excès de vin sont toutefois des conditions suffisantes pour avoir exagéré les travers de caractère et avoir produit, passagèrement d'abord, du délire de l'agitation, des troubles sensoriels, comme les témoins l'affirment. D'où la conclusion : M. C... a vécu, avec un caractère défectueux, jusqu'à la fin de 1882; à ce moment la folie est survenue, folie simple dont on connaît la cause et se présentant par accès tranchés. Entre les accès il n'y a ni démence, ni incapacité; il en a été ainsi au moins jusqu'en novembre 1883; alors les accès et leur intensité ont fini par user l'organisme et l'intelligence, ce qui ne semble évident qu'à partir d'avril 1884.

La date de donation correspond à un intervalle entre deux accès.

M. C... était sain d'esprit le 22 septembre 1883, jour où il a fait donation de ses biens.

Afin de pouvoir confirmer ses conclusions, Biante a relevé le nombre d'individus âgés de plus de 70 ans, entrés à l'asile de Nantes en 1887, et étudié la date probable à laquelle il est possible de faire remonter l'incapacité dans les actes civils. Sans interpréter l'art. 901 du code civil, Biante se base sur l'idée de Tardieu : « Les faits et l'expérience m'ont appris qu'il était conforme à la vérité et à la justice de ne pas limiter d'une manière trop tranchée la capacité des déments; qu'en effet, lorsque la déchéance intellectuelle et morale n'est pas définitivement consommée et que toute faculté d'attention, de réflexion et de jugement n'est pas abolie, le médecin légiste ne doit pas admettre l'invalidité radicale de tous les actes accomplis. »

Aussi l'auteur termine-t-il par ces mots : « La folie simple peut survenir dans la vieillesse, et un premier accès n'est pas suffisant pour dire que la capacité est à jamais perdue; l'affaiblissement intellectuel, qui sera un jour la démence sénile, n'est pas d'emblée suffisant pour affirmer l'incapacité; les affections organiques du cerveau provoquent un affaiblissement intellectuel qui n'est pas toujours assez accentué pour enlever la capacité. » J. M.

Deux cas de simulation de troubles mentaux, par

VON KRAFFT-EBING (*Neurol. Centrbl.*, 1889).

1^o Simulation de démence et de surdi-mutité par un accusé. Les arguments suivants furent invoqués pour démontrer la fraude : le

début brusque de la maladie, survenue sans que rien put l'expliquer, la contradiction existant entre l'état de démence profonde simulée par le malade et la conservation partielle de l'activité psychique; c'est ainsi qu'il traçait des caractères d'écriture, vides de sens sans doute, mais il aurait mieux fait de ne pas comprendre quand on lui demandait d'écrire; il ne savait plus manger d'une manière convenable; on lui montra comment il fallait faire; une seule leçon suffit pour le lui réapprendre, de plus il était trop aux aguets, prenait trop attention pour ne pas tomber. A un moment donné, il fut pris de stupeur et d'anxiété, symptômes qui font défaut dans la démence. Conduit en prison, il abandonna sa tentative de fraude.

2° Simulation de délire par un détenu. Le malade très excité en réalité, simule un délire grave (il mange, par exemple du savon). La simulation est mise en évidence par le fait qu'il continue à méditer des projets d'évasion comme il le faisait avant sa maladie; que sa manière d'être se modifie selon qu'il se croit observé ou non; qu'il augmente de poids. Il revient brusquement à la raison lorsqu'on lui supprime toute nourriture et qu'on le soumet à un traitement électrique. Plus tard il fit une nouvelle tentative de simulation; soumis au traitement électrique, il fut pris d'un accès d'hystéro-épilepsie et guérit complètement.

J. D. B.

Une forme rare d'aliénation mentale. La manie de fouiller (Grübel sucht), par le Dr CONOLLY NORMAN.

Cette affection se caractérise par une obsession de l'esprit, par des pensées qui s'imposent irrésistiblement et se traduisent par des interrogations sans fin, par une impulsion morbide à examiner à fond toutes choses, par une incapacité d'accepter les moyens ordinaires de connaître, et finalement par une impossibilité complète de fixer l'attention sur tout sujet qui ne se rapporte pas à la série des idées par lesquelles l'esprit est envahi.

Cette maladie se rapproche donc de la folie du doute des Français, mais l'auteur ne peut l'assimiler avec cette dernière, parce que le délire du toucher ne s'est pas manifesté chez sa malade.

La nommée X..., âgée de 32 ans, vivait dans une situation souvent voisine de la misère; elle avait eu des accouchements répétés et rapprochés, l'allaitement avait été parfois prolongé outre mesure. Son affection avait débuté par des craintes vagues, des angoisses non justifiées, la maison allait s'écrouler, le plafond était sur le point de tomber; elle allait devenir aliénée à bref délai. Ensuite elle eut ce qu'elle appelait des illusions effrayantes, ne pouvait voir un morceau de papier, un fétu de paille ou un éclat de verre sans être

obligée de le ramasser et de l'examiner avec attention pour voir de près ce que c'était. Cette obsession lui causait tant d'anxiété qu'elle s'enfermait dans une chambre, les volets fermés, afin d'éviter de voir l'un ou l'autre objet. Certain soir se promenant avec sa sœur, elle vit dans la rue deux petits morceaux de papier et n'osa pas les ramasser. Elle ne parvint pas à s'endormir et elle éveilla un de ses enfants pour aller avec elle chercher les objets en question.

Elle devint incapable de faire la besogne de son ménage. En faisant la toilette de ses enfants, les plus petits objets, des particules de poussière qu'elle rencontrait, étaient examinés à l'effet de connaître leur nature. Y parvenait-elle, elle se trouvait heureuse un moment. Dans le cas contraire elle gagnait une crise nerveuse. Si elle mettait du thym dans la soupe, elle croyait y avoir mis autre chose, se demandait, si c'était bien du thym et pas autre chose? qu'est-ce que c'est le thym? etc. Les mêmes interrogations, les mêmes craintes se renouvelaient au sujet du persil, de la viande, ce qui la mettait toujours en retard avec son dîner. Ces incertitudes revenaient quand il s'agissait de prendre une prompte décision ou d'agir dans un cas pressé. Elle s'adressait ces questions : le ferai-je ou ne le ferai-je pas? Il faut que cela se fasse. Qu'est-ce? que dois-je faire? Dieu fait tout? et ainsi à l'infini. Souvent par un acte énergique de sa volonté, elle parvenait à se débarrasser de ces interrogations.

Les crises nerveuses étaient parfois spontanées; d'autres fois elles éclataient quand la malade avait de la difficulté à examiner une chose. Quand elle se trouvait désagréablement impressionnée, quand elle recevait une mauvaise nouvelle, quand son mari la brusquait, elle s'imaginait qu'un danger la menaçait, qu'il y avait quelque chose qu'elle avait négligé de faire, que tel ou tel point devait être éclairci, qu'elle ne savait comment s'y prendre. L'anxiété augmente; la malade sent que tout se confond dans sa tête, qu'il y a là un engourdissement, un vide qui se produit; elle a une douleur lancinante au vertex et des bourdonnements d'oreilles. Elle s' imagine que sa tête est secouée, croit se soulager en comprimant fortement sa tête au moyen de ses mains. Elle tremble de tout son corps et une perspiration profuse se déclare. L'état général est mauvais, l'anémie très-prononcée. L'appétit est assez bon, quand elle ne prépare pas elle-même les repas; obligé de cuisiner, ses investigations sans fin lui donnent un dégoût pour les aliments.

Le sommeil presque normal est régulier de dix à quatre heures, mauvais de quatre à six. Il suffit que pendant la nuit une charrette passe dans la rue, pour qu'elle demande à son mari : « est-ce une charrette de balayeur des rues? » « oui » « de quelle forme? »

« de forme carrée. » Alors elle s'endort de nouveau, mais si son mari ne donne pas de réponse positive, elle se sent obligée de se lever pour se renseigner sur ce qu'elle désire savoir.

Le traitement fut le suivant : suppression immédiate de l'allaitement; abstention des rapports sexuels dont la malade paraît avoir abusé; nourriture substantielle et une bouteille de stout par jour; préparations ferrugineuses; environ un gramme d'uréthane au moment du coucher; plus tard 30 centigrammes le matin, 15 à midi et un gramme le soir; persuasions.

L'état mental de la malade s'améliora au bout de peu de jours. La dépression et l'inquiétude ne s'observèrent plus que le matin, mais elle a plus de contrôle et d'empire sur elle-même. Au bout de cinq mois la guérison fut complète, malgré les épreuves pénibles auxquelles elle fut soumise : mort d'un enfant à la suite de convulsions, départ de son mari pour chercher du travail, et se trouvant ainsi dans la misère. Pendant quelque temps elle se sentit abattue, se plaignait de l'infidélité de sa mémoire et d'autres symptômes désagréables. Pourtant la guérison se maintint. Ces symptômes ont leur importance en raison de leur rareté et de leur authenticité, garantie par les paroles mêmes de la malade, qui était complètement lucide et qui comprenait parfaitement sa position.

L'affection se déclara pendant la grossesse et après des accouchements répétés et des allaitements prolongés. L'auteur semble porté à croire que la grossesse a eu un effet spécifique sur la production de la forme de la maladie; après la délivrance l'affection fut entretenue par l'allaitement et peut-être par l'abus du coït.

Von Krafft-Ebing regarde ce trouble mental comme se rattachant généralement à l'hérédité; les auteurs français l'y rattachent toujours. Le Dr Con. Norman déclare qu'il n'y avait aucune influence héréditaire chez sa malade et que ce cas doit être attribué à un état de neurasthénie acquise.

On s'accorde généralement à reconnaître que la folie du doute se rencontre rarement dans les asiles publics; elle est plus fréquente dans les classes plus élevées de la société. J'ai un seul malade atteint de cette affection dans la colonie; il a reçu une instruction supérieure. Le malade de l'auteur se distinguait par une éducation au dessus de sa position et par une intelligence vive.

Le cas se termina par la guérison; pourtant le pronostic est généralement regardé comme défavorable, surtout que la folie du doute est habituellement classée parmi les dégénérescences intellectuelles.

D^r J. AL. P.

Sur l'action du sulfonal, par D^r MALCHIN (*Arch. de psychiatrie* du prof. Kovalevsky, 1889, 3).

L'auteur en essayant l'action narcotique du sulfonal sur ses malades vint aux conclusions suivantes : 1° le sulfonal est un agent hypnotique dont l'efficacité n'est pas toujours constante ; 2° dans les cas de lésions cérébrales organiques son action hypnotique est presque nulle ; 3° il affaiblit sérieusement le malade (parfois pour deux à trois jours) ; 4° il affaiblit et ralentit le pouls dans les maladies organiques ; 5° il affaiblit toujours les réflexes tendineux ; 6° il n'agit pas, à ce qu'il paraît, sur la région psychique.

P. K.

Quelques mots sur les effets de doses exagérées de sulfonal, par F. FISCHER (*Neurol. Centralbl.*, 1889).

L'auteur a observé un cas d'intoxication par le sulfonal, analogue à celui signalé par Bornemann, c'est-à-dire d'un malade qui abusait de la morphine. L'observation a une certaine importance, surtout si l'on se rappelle les faits signalés par Ziehen que l'administration simultanée de sulfonal et d'opium provoquait l'apparition de troubles moteurs graves et une somnolence invincible.

N. N..., âgé de 36 ans, était atteint dans l'asile, le 5 novembre 1888, de paranoïa aiguë avec hallucinations, à la suite d'abus de cocaïne et de morphine. Des symptômes d'abstinence apparaissent chez lui, aussitôt que la dose journalière de morphine devient inférieure à 0,23-0,25 centigr. Traitement : suppression absolue de la cocaïne ; injections de morphine à doses progressivement moindres (diminution de 0,01-0,02 centigr. par jour). Le premier et le second jour, administration au soir de 1 gramme de sulfonal ; pris d'une envie invincible de dormir, il n'en reçut pas le deuxième jour. Du quatrième au neuvième jour, agitation intense, administration quotidienne de 2 grammes de sulfonal.

Peu à peu se développèrent les symptômes suivants qui atteignirent leur maximum d'intensité le 11 novembre : ataxie des membres supérieurs et inférieurs, marche incertaine, marche d'ivrogne ; le malade est forcé de se tenir aux murs, pour pouvoir se déplacer ; les troubles des mouvements des membres supérieurs sont nettement mis en évidence par l'écriture. Parole indistincte, très difficile ; cependant à certains moments, le malade parvient à exprimer convenablement quelques mots. Persistance du réflexe patellaire ; trouble de la sensibilité générale ; le malade n'a pas conscience des troubles moteurs dont il est affecté ; ils paraissent augmenter immédiatement par une

injection de morphine et par l'ingestion d'alcool; l'incertitude de la marche augmente dans l'obscurité.

A partir du 22, il ne reçut plus de sulfonal; dès ce moment, les troubles moteurs diminuèrent progressivement, le malade prétend n'en avoir pas eu conscience; si le médecin ne lui en avait pas parlé, il ne soupçonnerait même pas avoir été atteint de troubles pareils. Avant son entrée à l'asile, il prenait fréquemment 10 à 15 grm. par jour de sulfonal; au dire de sa famille, il présentait alors des troubles moteurs semblables à ceux que nous venons de signaler.

J. D. B.

Traitement de l'épilepsie par l'hydrate d'amyle, par
WILDERMUTH (*Neurol. Centralbl.*, 1889).

L'hydrate d'amyle a été fortement recommandé comme hypnotique et son action est des plus sûres. L'auteur s'est proposé de voir les résultats qu'il en obtiendrait dans les cas d'épilepsie à accès nocturnes; il cite une observation de ce genre où les résultats obtenus sont frappants. Encouragé par le succès, il l'a administré chez des épileptiques à accès diurnes et chez la plupart des malades il a obtenu une action favorable; chez quelques-uns la maladie fut comme coupée.

Wildermuth administre l'hydrate d'amyle à la dose de 2 à 4 grm., soit 5 à 8 grm. par jour; il conseille d'employer la préparation de Kahlbaum et de la prescrire en solution aqueuse au $\frac{1}{10}$, dont on mélange 20 ou 40 grm. par dose à du vin ou du poiré.

Cet agent est surtout efficace dans les cas à accès subintrants. Chez un malade en proie à des accès se succédant de 1 à 2 minutes d'intervalle et qui ne retenaient pas les lavements bromurés, Wildermuth fit une injection sous-cutanée de 1 grm. d'hydrate d'amyle; les attaques cessèrent aussitôt pour quelques minutes. Deux nouvelles injections (0,80 par injection) amenèrent la cessation complète des accès: le malade tomba dans un profond sommeil et se réveilla le lendemain dans un état de bien-être complet.

L'hydrate d'amyle employé pendant longtemps à fortes doses produit certains troubles secondaires; d'abord une envie persistante de dormir qui, dans certains cas, se présente après ingestion de faibles doses; cette envie disparaît ordinairement par accoutumance. Sinon il suffit de donner le médicament à doses fractionnées et de permettre au malade de dormir l'après-dîner ou de donner de 0,08 à 0,20 de cocaïne à l'intérieur par jour. Les troubles digestifs (constipation, manque d'appétit) sont rares et disparaissent rapidement.

Souvent après 6 à 8 semaines l'action anti-épileptique de l'hydrate d'amyle est épuisée et si l'on en augmente les doses, les troubles secondaires deviennent si graves que l'on est forcé de suspendre son administration.

L'hydrate d'amyle est donc indiqué chez les épileptiques :

- 1° Dans les cas d'accès subintrants ;
- 2° Dans les cas de bromisme prononcé ;
- 3° Dans les cas d'épilepsie nocturne ; l'on prescrit alors tantôt le bromure, tantôt l'hydrate et dans les cas récents on interrompt par l'administration de l'atropine.

Son efficacité est surtout marquée dans les cas d'épilepsie nocturne.

Traitement de l'épilepsie par le bromure de nickel, par
BOURNEVILLE (*Prog. médic.*, 1889).

Ce traitement a été recommandé par Da Costa dans le *Medical News* de Philadelphia de 1883 ; Bourneville l'a essayé chez 18 malades. Ce bromure est insoluble dans l'eau ; il aurait les mêmes propriétés que les autres bromures mais agirait à doses beaucoup plus petites ; la dose ordinaire est de 0,30 grammes, la dose maxima de 0,60 grammes ; il serait surtout utile contre les céphalalgies et les convulsions.

Des 18 cas traités par Bourneville, 7 étaient atteints d'épilepsie idiopathique, 11 d'épilepsie symptomatique. Chez un seul malade, le bromure de nickel a produit de bons résultats ; les accès ont diminué progressivement pour enfin disparaître complètement ; la guérison s'est maintenue depuis 3 ans ; il a eu une action faible dans deux cas et n'a produit que de l'aggravation chez les autres. Il aurait en outre le désavantage de troubler les fonctions stomacales.

J. D. B.

L'opium dans les psychoses, par ZIEHEN (Neur. Centralbl., 1889).

L'auteur a traité pendant deux ans par l'opium 97 malades dont 43 mélancoliques, 4 maniaques et 50 atteints de paranoïa. Il le prescrit en général en trois doses de 0,05 à 0,10 et augmente de 0,05 par jour, en allant jusque 1 gramme, même 1,50, et en continuant ces doses pendant des semaines. En général il l'administre par la bouche (opium pur), rarement en injections sous cutanées (extr. op. aq. dont 0,075 correspondent à 0,10 d'opium pur).

Mélancolie. — Résultats très bons : sur 39 malades, 31 guérissent, soit 79 %. L'opium ne produit pas d'effet, lorsque les idées délirantes sont fort développées, lorsque les troubles de la sensibilité

morale restent relégués au second plan (6 cas sur 8 non guéris). L'opium agit bien dans les mélancolies des vieillards, si sérieuses au point de vue du pronostic, dans la mélancolie hallucinatoire et avec obsessions. Par contre l'opium est de peu d'utilité, lorsqu'il est employé seul dans la mélancolie passive avec stupeur, utile lorsqu'il est additionné de camphre (0,05 à 0,10 plusieurs fois par jour). L'auteur continue l'administration de l'opium pendant des mois, même pendant un an; dans les cas à marche lente il a obtenu des guérisons après 7 et 9 mois.

Manie. — L'opium est inutile; les préparations de bromures et l'hyoscine lui sont préférables.

Paranoïa. — Il faut distinguer entre la forme hallucinatoire et celle qui ne l'est pas; l'opium est peu efficace dans cette dernière affection (paranoïa simple); dans la paranoïa hallucinatoire au contraire, où l'épuisement cérébral est le facteur étiologique prépondérant, l'opium à la dose de 0,20 à 0,60 par jour, est très utile, aussi longtemps qu'il n'existe pas de symptômes d'excitation (hallucinations). Ziehen a obtenu sur 28 cas, 24 guérisons, soit 86 %.

Le traitement des psychoses par l'opium doit être commencé aussitôt que possible.

J. D. B.

La chloralamide, nouvel hypnotique (Neur. Centralbl., 1889).

La chloralamide est la combinaison du chloral anhydre avec la formamide; elle se présente en cristaux incolores, d'un goût légèrement amer. Elle se décompose en solution alcaline; aussi faut-il l'administrer dans un véhicule légèrement acide. Trois grammes suffisent ordinairement. D'après *Hagen* et *Hufler*, elle serait surtout indiquée dans les cas d'insomnie, sans de trop fortes douleurs, dans la neurasthénie, les affections de la moelle épinière, les affections valvulaires.

Les résultats obtenus sont satisfaisants; le sommeil arrive environ $\frac{1}{2}$ heure après l'ingestion du médicament. La chloralamide a certains avantages sur le chloral; elle est moins désagréable au goût, son pouvoir hypnotique est plus fort et les troubles secondaires qu'elle provoque sont de peu d'importance (céphalalgie légère et pesanteur de tête au réveil); jusqu'ici on n'a observé qu'une fois du collapsus après son administration et encore n'est-il pas prouvé du tout qu'il fut l'effet du médicament; il n'y a pas d'accoutumance à cet agent. Il est sans action spécifique sur les douleurs ni sur d'autres symptômes que l'insomnie, sauf peut être dans l'asthme cardiaque. Il eut de bons effets dans certaines maladies nerveuses organiques, dans les maladies du cœur, des poumons et des reins.

Deux grm. suffisent souvent pour produire le sommeil chez la

femme; on peut le faire ingérer dans du vin ou des hosties. Il n'a pas d'action nuisible sur le cœur, la respiration, la température, la digestion, la sécrétion urinaire.

D'après *Buchmann*, la chloralamide est utile à la dose de 2 à 3 grm.; elle agit bien et procure le sommeil au malade sans produire de troubles secondaires. Elle est sans action sur la circulation.

D'après *Peisser*, elle a de bons effets, quoiqu'elle n'agisse pas chez certains sujets. Le malade s'endort environ $\frac{1}{2}$ à 1 $\frac{1}{2}$ heure après l'administration de 2 à 3 grm. du médicament, soit en poudre, soit en hosties; consécutivement le malade boit un peu de lait, d'eau, de café ou bien on le prescrit en potion avec quelques gouttes d'acide chlorhydrique ou en lavement.

La chloralamide est surtout efficace dans l'agrypnie nerveuse, dans l'insomnie des sujets atteints d'affections médullaires, dans l'asthme bronchique, le rhumatisme articulaire aigu, les affections peu douloureuses de l'estomac.

Ce médicament expose souvent à des troubles secondaires.

Il s'est montré supérieur au chloral.

D'après *Alt*, il n'agit pas chez les personnes bien portantes et est sans action sur le cœur, le poulx, la digestion à la dose de 2 à 3 grm. A la dose de 4 grm. les malades se plaignent de vertiges, de céphalalgie, de malaises et de nausées.

Il s'est montré utile 29 fois sur 41; 11 fois, on a constaté de la céphalalgie et du malaise. Les patients s'endorment une $\frac{1}{2}$ à 1 $\frac{1}{4}$ heure après son administration; le sommeil dure de 3 à 9 heures.

L'auteur le prescrit à la dose de 2 à 3 grm. en solution aqueuse avec du sirop de mûres. Il l'a essayé à doses fractionnées comme sédatif et en a obtenu de bons résultats.

J. D. B.

Recherches sur l'indice nasal. — L'indice nasal des Flamands et des Wallons. Communication faite à la Société d'Anthropologie de Bruxelles par le Dr E. Houzé.

Poursuivant au point de vue anthropologique ses études comparatives sur les Flamands et les Wallons, M. Houzé envisage dans cette brochure l'indice nasal. Les anthropologistes attribuent à l'indice nasal une place prépondérante dans la classification des races humaines. C'est que, tandis que les os du crâne plus ou moins solidaires se limitent par leur accroissement marginal et se modèrent, les os du nez ne rencontrent point de résistance dans leur accroissement transversal et que d'autre part les causes qui modifient le développement des parties latérales de la face exercent indirectement leur action sur les os du nez.

L'indice nasal est donc exposé plus que la plupart des autres caractères à subir les influences des accidents de l'accroissement qui produisent les variations individuelles.

La forme du nez qui dépend surtout du rapport de sa hauteur à sa largeur peut être suivant cet indice ou rapport, leptorrhinien, mésorrhinien, platyrrhinien ou même hyperplatyrrhinien.

Après ces données générales, M. Houzé étudie les diverses influences qui modifient l'indice nasal.

Tout d'abord l'âge : l'indice nasal décroît lentement de la naissance à l'âge adulte, il n'atteint son chiffre définitif qu'à 25 ans; il reste stationnaire de 25 à 50 ans. Il décroît de 60 à 80 ans. — C'est qu'entre autres motifs, la hauteur augmente plus que la largeur pendant la croissance. La hauteur nasale n'est qu'un des segments de la taille. Comme celle-ci aussi, elle est soumise à des oscillations individuelles, de là l'influence de la nutrition riche ou pauvre. Les gens mal nourris n'atteignent pas la même taille que les gens de même race mieux nourris et la hauteur du nez s'en ressent aus i. Il y a donc à Bruxelles, comme ailleurs du reste, des quartiers pauvres où les tailles sont inférieures à celles des quartiers riches et corrélativement où l'indice nasal est plus fort. Le *nez aristocratique* sera grand, étroit et aquilin, et la misère aidant il est des individus d'un même groupe dont le nez n'acquiert pas le module ethnique.

Quelle est l'influence *du sexe* sur l'indice nasal?

La femme pour l'indice nasal comme pour la plupart des caractères occupe une place intermédiaire entre l'homme et l'enfant. Il est possible qu'il y ait chez elle arrêt de croissance : la taille de la femme étant moins élevée, certains segments de cette taille sont moins grands que chez l'homme.

L'*indice céphalique*, retentit-il sur l'indice nasal?

Broca estimait que la hauteur nasale est plus petite et la largeur plus grande chez les brachycéphales et que la hauteur est plus grande et la largeur plus petite chez les dolichocéphales.

Le Dr Collignon a écrit que l'indice nasal n'est pas lié rigoureusement à l'indice céphalique, témoin les Celtes et les Kymris. Pourtant dans chaque race, l'indice céphalique a une légère influence sur l'indice nasal, en ce sens que les plus brachycéphales seraient les plus leptorrhiniens.

M. Houzé, tout en constatant que dans les séries flamandes et wallonnes qu'il a formulées l'indice nasal est plus élevé quand monte l'indice céphalique, admet que l'indice céphalique des races croisées n'est pas en relation constante avec l'indice nasal.

En ce qui concerne l'*indice facial* et l'*indice prosopal* il y a corrélation avec l'indice nasal.

La *taille* exerce une influence manifeste : plus elle est élevée, plus la hauteur du nez est grande, plus l'indice nasal est petit.

A propos de l'indice nasal des *racés pures* et des *racés croisées*, M. Houzé rappelle les vues si intéressantes de Broca sur l'influence des croisements.

L'influence des races mères ne s'exerce pas également sur tous les caractères : le nez des mulâtres est plus rapproché du type nègre que du type blanc, et quand la race croisée est ramenée tôt ou tard vers le type de la race la plus nombreuse tous les caractères ne s'effacent pas avec la même rapidité, comme p. ex., la mollesse des cartilages du nez chez les descendants des mulâtres après plusieurs croisements de retour.

Après cette étude consacrée aux causes qui agissent sur la forme du nez en dehors de l'élément ethnique, M. Houzé envisage ce dernier, tout d'abord chez les différentes races préhistoriques de Belgique, race de Canstadt (indice inconnu), race de Cro-Magnon (sans doute mésorrhinien), races de Furfooz (mésorrhinien), races néolithiques (indice nasal très élevé), Francs de Belgique (leptorrhinien), Francs mérovingiens (mésorrhiniens).

Passant enfin aux races actuelles il établit au moyen de tableaux statistiques relatant des mesures prises sur quatre séries de vivants et deux séries de crânes que les *Flamands sont leptorrhiniens et que les Wallons confinent à la mésorrhinien*. C'est à cause de la hauteur nasale qui est moins grande que les Wallons ont un indice plus fort, car la largeur nasale est sensiblement la même dans les deux zones. La moindre hauteur du Wallon est en rapport avec sa taille qui est plus petite et la forme de son visage qui est plus large.

Ces faits, d'ailleurs intéressants, devaient ramener l'auteur à une déclaration qu'il nous a déjà faite précédemment, réellement importante. Nous la reproduirons à nouveau dans ces lignes fondamentales :

« Dans la zone flamande prise en bloc, les descendants germaniques sont plus nombreux; mais en allant de l'est à l'ouest, l'indice nasal augmente et tous les caractères germaniques s'atténuent. L'élément brun, brachycéphale, mésorrhinien, de taille trapue a été entamé, refoulé par l'élément blond, dolichocéphale, leptorrhinien, de taille élevée. »

Et ailleurs :

« Partout les vaincus (brachycéphales) ont fait ce qu'ils ont pu pour se soustraire à la domination; ici, ils se sont réfugiés dans la montagne stérile, mais facile à défendre; là, ils ont gagné des îles trop malsaines pour être convoitées, disputant leur sol à la mer; ailleurs ils ont fui vers les régions boréales pour vivre libres là où meurent les plantes. En Belgique et en Hollande, les vaincus

« brachycéphales se sont retirés les uns dans les Ardennes, les
« autres ceux du littoral, sont allés habiter la terre basse, dans les
« îles de la Zélande où l'indice céphalique est très élevé, grâce à
« l'isolement qu'il a pu conserver. » Dr C.

*La question des aliénés dits « criminels » à l'Académie royale
de médecine de Belgique.*

Mr Le Jeune, Ministre de la Justice, a envoyé le 30 mars dernier
la lettre suivante, à l'Académie de médecine :

« MONSIEUR LE PRÉSIDENT,

« La création d'un asile spécial pour les aliénés dits *criminels*
est réclamée au nom de la science médicale. Un vœu semblable est
exprimé par tous ceux qui, en dehors du domaine de la médecine,
se préoccupent des garanties dues à la sécurité publique, partout
où elle peut se trouver menacée.

« Ces garanties, on doit le reconnaître, supposent, de la part
de l'autorité, une intervention active que les conditions dans les-
quelles la collocation des aliénés dangereux a lieu, actuellement,
ne comportent pas.

« Ceux qui se font les organes de la science médicale demandent
que les aliénés, dont la folie s'est déclarée après qu'une vie de
désordres et de violences leur avait valu la flétrissure d'une con-
damnation, ne soient plus réunis, dans le même asile, à des aliénés
pour qui leur voisinage est un contact pénible et préjudiciable. Ils
insistent sur l'influence pernicieuse que les habitudes dépravées, les
instincts de révolte et le langage de ces repris de justice exercent
sur l'état mental des aliénés dont leur présence compromet la
guérison ou trouble le traitement.

« Ceux qui revendiquent les garanties dues à la sécurité publique
demandent que tous les aliénés dangereux, sans distinction, soient
placés sous la garde de l'autorité et que le Gouvernement soit mis à
même d'assurer, dans un asile à lui, leur séquestration. Les médecins
réclament un asile séparé pour les condamnés dont la démence a
éclaté dans la prison où ils subissent leur peine. Ils semblent
admettre que ce même asile reçoive aussi les aliénés dont l'état
mental a motivé la suspension ou l'abandon de poursuites commen-
cées contre eux. Aux catégories de malades qu'ils veulent isoler des
autres, des raisons inverses paraissent exiger qu'on ajoute celle des
alcooliques. Et l'intérêt qu'il y a, suivant certains médecins, à
séparer des autres aliénés, les aliénés dits *criminels*, va jusqu'à
exclure la proximité de l'asile destiné à l'internement de ceux-ci.

« On se demande, en présence de ces considérations diverses, quelles sont les dispositions législatives et administratives qui réaliseraient les garanties dues à la sécurité publique, en répondant le mieux, dans la mesure du possible, aux prescriptions de la science médicale.

« 1° Un asile unique, dont les installations se prêteraient, d'ailleurs, à tous les classements conseillés par la science médicale ou réclamés par les convenances sociales, ne pourrait-il pas, sans inconvénients sérieux, être affecté à la séquestration de tous les aliénés dangereux indistinctement ?

« 2° Convierait-il d'interner, dans ce même asile, les aliénés, sans tendances dangereuses, qui se trouveraient sous le coup d'une condamnation ou auraient été relaxés comme irresponsables ?

« 3° Si le régime réclamé pour les aliénés dits *criminels* doit s'étendre à tous les aliénés dangereux, à l'aide de quelle définition scientifique ceux-ci pourraient-ils être désignés dans un texte législatif ?

« 4° Cette définition comprendrait-elle la démence qui se manifeste par des outrages aux mœurs ou des attentats à la pudeur ?

« 5° A quels faits prévus par la loi pénale faut-il que des poursuites se rapportent pour que le malade qui en a été l'objet, avant de tomber en démence, ou qui a été renvoyé comme irresponsable et qui n'est pas dangereux, doive être rangé parmi les aliénés dits *criminels* ?

« 6° L'intérêt qui s'attache, dans le traitement des aliénés, à la continuation des rapports de famille entre le malade et les siens, existe-il au même degré, pour les aliénés dangereux, que pour les autres ?

« Je serais heureux de connaître, sur toutes ces questions, l'avis de l'Académie de médecine et je vous serai reconnaissant de bien vouloir lui proposer d'en délibérer.

« Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma haute considération.

« *Le Ministre de la Justice,*

« JULES LE JEUNE. »

Furent nommés membres de la Commission : MM. Lefebvre, Masoin et Semal, rapporteur.

Le 25 mai suivant, M. Semal présenta son rapport :

La Commission, pénétrée de l'importance des points scientifiques que comporte le sujet, est d'avis qu'il importe d'avoir là-dessus l'opinion non seulement des membres titulaires et honoraires, mais

aussi celle des correspondants qui ont fait une étude spéciale des questions se rattachant à la psychiâtrie.

En conséquence, elle vous propose de discuter en séance publique les conclusions qu'elle a adoptées à l'unanimité de ses membres et que je vais avoir l'honneur de vous faire connaître, me réservant de développer plus tard les considérations sur lesquelles elles sont basées.

Voici ces conclusions :

1° La création d'un *asile central pour aliénés dits criminels, et dont les installations se prêteraient à tous les classements conseillés par la science médicale ou réclamés par les convenances et la sécurité publique*, constitue un progrès scientifique et social que l'Académie sera heureuse de voir réaliser par le Gouvernement; mais elle croit inutile de persister dans une appellation comportant une flétrissure qui ne peut s'appliquer à des malades.

2° Elle n'estime cependant pas que les individus susceptibles du placement dans l'asile spécial puissent être rangés, comme l'indique la lettre ministérielle, sous la rubrique vague et indécise *d'aliénés dangereux*, ni que le fait d'être sous le coup d'une poursuite judiciaire soit suffisant à justifier cette mesure, tout en convenant que la flétrissure d'une condamnation est une considération d'ordre moral à respecter selon l'occurrence.

3° Il convient de consacrer particulièrement l'institution nouvelle aux aliénés prévenus, accusés ou condamnés du chef d'atteinte grave à la sécurité des personnes ou à la moralité publique, tels que ceux qui ont commis un homicide, un viol, etc.

4° Mais comme c'est moins l'acte que les tendances qui constituent le danger permanent, il y a lieu de colloquer aussi dans l'asile spécial tout aliéné chez lequel un examen aura révélé des *instincts homicides, des impulsions irrésistibles et violentes, des mœurs ou des habitudes perverses* qui justifieraient l'éloignement des autres malades, eu égard à leur sécurité et au respect moral qui leur est dû. De ce nombre sont certains épileptiques, alcooliques, fous moraux, instinctifs, etc.

5° Les aliénés, auteurs ou suspects d'infraction, et qui ne témoignent pas d'une perversité active, ou dont les écarts dangereux peuvent être facilement contenus ou neutralisés par le régime d'un asile ordinaire, ne doivent pas être passibles de la séquestration spéciale.

6° Pour faciliter le classement et prévenir les abus, il sera utile d'instruire judiciairement toute infraction commise ou tentée par un individu convaincu ou suspect de folie et de provoquer une expertise spéciale qui conclura au mode de placement convenable.

L'action sera suspendue et l'expertise ouverte pour tout accusé *reconnu*, au cours des débats, atteint ou suspect de folie.

7° Il est désirable que l'expertise à laquelle seront éventuellement soumis des détenus et des condamnés se fasse dans l'asile apécial ou dans un quartier d'observation y annexé, et non plus dans les prisons, dont la règle se prête mal à ce genre de recherches.

8° Enfin, subsidiairement, l'Académie, en présence des faits d'ordre anatomique, physiologique et clinique qui démontre l'utilité des recherches à faire sur les différentes catégories de délinquants, se rallie au vœu émis par le Congrès de psychiâtrie, tenu à Anvers en 1885, de voir le Gouvernement favoriser la continuation de l'enquête entreprise sous les auspices de la Société de médecine mentale de Belgique, en nommant, à cet effet, une Commission où seraient représentés la magistrature, l'élément médical et l'administration pénitentiaire.

9° Cette Commission serait, en outre, chargée de prononcer l'admission dans l'asile spécial et d'en prescrire éventuellement la sortie, tout en provoquant le placement dans un asile ordinaire, ou un stage d'observation dans une colonie, ou même le retour dans la famille sous la surveillance d'un Comité de patronage, et, en général, toute mesure de prudence que la situation comporterait.

Le 29 juin, M. Semal développa les considérations suivantes au sujet de ce rapport :

Le sujet comporte deux aspects différents, selon qu'on agite la question de principe, la nécessité d'un asile central, ou qu'on se borne à prévoir les grandes lignes de l'organisation pratique d'un pareil établissement.

C'est ce dernier point de vue qui doit seul être considéré, puisque le Ministre tient le principe comme incontesté, en affirmant que l'institution projetée répondra aux aspirations de la science médicale et au vœu exprimé par tous ceux qui se préoccupent des garanties dues à la sécurité publique.

M. Semal s'abstient d'entrer dans les détails qui justifient l'opportunité de la mesure projetée, attendu qu'il a suffisamment insisté sur ce sujet dans un travail qui est entre les mains des membres de la Compagnie.

Aucun doute ne peut s'élever aujourd'hui sur l'existence d'aliénés qui sont auteurs ou suspects d'infractions et dont la place n'est ni dans l'asile d'aliénés ordinaire, ni dans la prison. La seule controverse possible porterait sur l'extension donnée à cette catégorie d'individualités douteuses, qui oscillent ainsi entre la criminalité et la folie. Mais ce serait sortir des limites du mandat confié à la Commission.

Il suffira d'acter, en se reportant aux rétroactes de la question, combien il est désirable qu'elle soit résolue, pour répondre aux aspirations des sciences sociale et médicale. C'est ce qui fait l'objet de la première conclusion.

Il est en effet du devoir de tout médecin de protester contre une appellation qui attacherait au mode de nocivité dont sont susceptibles les aliénés dit criminels une idée de culpabilité, puisqu'ils n'obéissent qu'à la pression tyrannique de leur organisation morale et psychique, essentiellement défectueuse et morbide.

Mais sont-ils pour cela assimilables à de simples aliénés dangereux? M. Semal constate d'abord la banalité du qualificatif *dangereux* appliqué aux aliénés. Il n'est pas un certificat médical de collocation qui n'en fasse mention; le Gouvernement même l'impose tacitement, en disant qu'il est indispensable de colloquer de tels individus dans l'intérêt de la *sécurité publique*. Par conséquent, dire que tous les aliénés dangereux seront mis sous la garde de l'État équivaudrait à vider les asiles ordinaires au profit de l'asile central.

Il ne semble pas non plus équitable d'ériger en loi : que tout aliéné délinquant, condamné ou non, quelque minimes que soient l'infraction et le dommage, quelle que soit la part revenant au manque de prudence ou de prévoyance dans la consommation du délit, soit, par le fait même de la poursuite judiciaire qui en résulte, considéré comme devant être placé dans l'asile central. Il ne faut pas perdre de vue que cette institution comportera un régime plus rigoureux que celui des autres asiles.

Tels sont les motifs de la deuxième conclusion de la Commission.

Les éléments d'appréciation doivent se rencontrer dans la *nature* de l'acte commis et, d'autre part, dans la *tendance* plus ou moins forte et fréquente à le commettre. C'est pourquoi il a paru essentiel à la Commission de déterminer qu'à côté des signes morbides qui trahissent la maladie il est nécessaire, pour mériter la collocation dans l'asile spécial, que les dehors et les conceptions de la criminalité se manifestent.

La différence entre l'aliéné simplement dangereux et l'aliéné dit criminel est mise en relief surtout par l'examen psychologique, qui reconnaît, d'une part, chez l'aliéné dangereux, une *possibilité dangereuse*, susceptible de se manifester sous l'influence provocatrice des incidents de la vie libre, mais facilement neutralisée par la discipline douce et familiale des asiles ordinaires; tandis que l'aliéné à qui l'on donne, faute de mieux, le nom d'aliéné criminel, possède cette virtualité spéciale qui lui fait rechercher le mal comme la *satisfaction d'un besoin naturel ou comme l'acquit d'une habitude devenue progressivement tyrannique*.

Il résulte de ces réflexions, qu'en présence d'un aliéné délinquant il y aura à considérer l'acte commis, le plus ou moins d'horreur et de crainte qu'inspire l'auteur, et aussi la possibilité de sa réitération au sein même d'un asile ordinaire, et ce en dépit des règles habituelles de surveillance et de contrainte.

Il sera même légitime de chercher à éviter une catastrophe, en utilisant l'institution nouvelle pour tout aliéné chez lequel les données de la science auront permis de reconnaître des instincts impérieusement nuisibles; de même qu'il sera plus logique d'y recourir à l'égard de toutes ces individualités douteuses, pour lesquelles se pose le terrible problème : ou folie ou culpabilité. Aussi, pour la conscience des juges et des experts, la création d'un établissement intermédiaire entre l'asile et la prison serait un véritable soulagement. Souvent, aujourd'hui, par des acquittements pusillanimes, on affaiblit le sentiment de justice et l'on compromet la sécurité publique.

Ces principes consacrent la troisième et la quatrième conclusion.

Par contre, il est des aliénés qui n'occasionnent aucune hésitation sur leur état, que l'occasion seule a rendus délinquants, et qui sont, au demeurant, inoffensifs. A ceux-là, la tutelle paternelle de l'asile ordinaire suffira. C'est ce qui est établi dans la cinquième conclusion.

Mais ce qui ne précise peut-être pas assez cette conclusion, c'est qu'il est bien entendu que même l'aliéné de cette catégorie ne pourra entrer dans l'asile ordinaire ou en sortir qu'en vertu des stipulations de la loi sur le régime des aliénés, qui donne à l'autorité judiciaire le droit d'intervenir dans les deux cas.

Dans sa sixième conclusion, la Commission requiert une instruction pour toute infraction, contravention, délit ou crime, commis par un aliéné, quel qu'il soit et quel que soit le lieu où se soit passé le fait, afin de mettre l'autorité judiciaire dans l'obligation de se prononcer sur la suite à donner, soit le placement dans l'asile spécial, soit le placement dans un asile ordinaire, et, dans ce dernier cas, de la laisser arbitre responsable de l'opportunité d'une mise en liberté. Telle est la portée de la 6^e conclusion qui prévoit également un cas spécial.

« L'action sera suspendue et l'expertise ouverte pour tout accusé *reconnu*, au cours des débats, atteint ou suspect de folie. »

On le voit, l'économie du système repose en réalité entièrement sur l'expertise ou l'examen médico-légal de l'aliéné délinquant; et il semble indispensable, dès lors, de procéder à cette expertise dans les meilleures conditions possibles. Sera-ce dans la prison, où le personnel manque des aptitudes nécessaires, qu'elle se fera, et ne paraît-il pas préférable, pour les cas douteux au moins et ceux qui paraissent devoir exiger de longues et minutieuses investigations, de recourir encore à l'asile spécial? La position mixte de cet asile

ne préjuge en rien la solution, tout en réunissant les moyens les plus propres à y arriver. On donnerait, en outre, à cet établissement un caractère scientifique, en y ouvrant des cliniques d'anthropologie criminelle, complément nécessaire des cours théoriques que les universités sont en demeure d'établir actuellement. La Commission s'est prononcé pour l'affirmative dans sa septième conclusion.

D'après M. Semal, l'Académie ne peut se désintéresser de ces grandes préoccupations scientifiques, origine et cause du mouvement qui entraîne et la législature et la magistrature vers une réforme judiciaire, basée désormais sur l'étude même du délinquant, remplaçant l'appréciation tarifée et, pour ainsi dire, banale de l'acte incriminé. Le prélude de cette réforme remarquable est marqué par la loi sur la libération et la condamnation conditionnelles; mais il appartient au premier corps savant du pays de préciser mieux encore le rôle que la science est appelée à jouer, en appelant la lumière sur tous les faits relatifs à la criminalité, au moyen de recherches sur les différentes catégories de délinquants. L'organisation pénitentiaire de notre pays manque de l'élément médical compétent à cette fin. Aussi convient-il que l'Académie aide à combler cette lacune, en s'associant aux efforts déjà faits en ce sens.

C'est le but de la huitième conclusion.

Le rôle des commissaires préposés à l'enquête dont il s'agit dans la conclusion précédente ne se bornerait d'ailleurs pas, à ces préoccupations théoriques et pratiques; celles-ci semblent devoir les préparer aux fonctions délicates d'arbitre pour l'admission et surtout pour la sortie de l'asile spécial. Il faut que ces formalités soient entourées de toutes les garanties désirables; il faut que l'élargissement d'individus, dont les instincts ont été manifestement dangereux, ne puisse se faire sans être appuyé d'un document motivé. La mission des commissaires irait jusqu'à la proposition des mesures à prendre, parmi lesquelles la sortie conditionnelle apparaît comme, une des plus désirables. D'accord avec les stipulations de la loi de 1873 sur le régime des aliénés, la décision finale serait réservée à la magistrature qui aurait requis l'admission. Ces conditions font l'objet de la neuvième et dernière conclusion.

M. Lentz montre comment l'idée, longtemps perdue au milieu du développement de la psychiatrie en général, a fini par s'imposer, par suite des progrès mêmes de l'assistance des aliénés, tout aussi bien à la Belgique qu'aux pays étrangers.

Après avoir indiqué ce que doit être l'asile central d'aliénés, il passe en revue les conditions diverses auxquelles devront répondre les malades que l'on y placera. Il ne partage pas l'avis de la Commission. La nouvelle institution devrait recevoir indistinctement

tous les aliénés *prisonniers*, quelles que soient la nature et la durée de la condamnation qu'ils subissent. Parmi les aliénés à charge desquels il n'existe aucune poursuite, il signale particulièrement les individus à habitudes et à mœurs perverses, et surtout ceux dont la tendance à l'évasion est constatée et en quelque sorte irrésistible.

Passant au principe du fonctionnement de la nouvelle institution, il combat l'idée d'exiger que l'expertise médico-légale de tout aliéné poursuivi se fasse à l'asile central même. Après avoir montré les inconvénients de cette mesure au point de vue scientifique général, il demande que tous les aliénés colloqués par l'autorité judiciaire soient directement placés au nouvel asile, où, après une observation minutieuse, l'on décidera des mesures à prendre à leur égard : maintien ou renvoi à l'asile ordinaire, suivant les conditions de leur maladie ou des actes qu'ils ont posés.

A ce propos, M. Lentz appuie le vœu, depuis longtemps déjà émis, de voir poser en principe : que tout aliéné, prévenu, accusé, renvoyé des poursuites ou reconnu aliéné au cours des débats, soit toujours colloqué par décision du tribunal qui a été saisi de l'affaire et, surtout, qu'une décision du tribunal soit également nécessaire pour la mise en liberté. Cette mesure constituerait une des garanties les plus sérieuses de sécurité publique.

Enfin, M. Lentz trouve qu'il est difficile de charger de formalités légales, relatives aux aliénés, une Commission, être impersonnel et sans responsabilité. Tout en l'admettant comme comité consultatif, il propose de remplacer son autorité, partout où le tribunal lui-même n'aura pas à intervenir, par l'autorité du Ministre de la Justice, qui seul aurait le droit, en dehors du pouvoir judiciaire, d'ordonner l'admission et la sortie dans les cas prévus par les prescriptions réglementaires.

M. Masoin constate avec satisfaction que, pour les grandes lignes, et notamment pour le point capital, la création d'un asile central et spécial destiné aux aliénés criminels, M. Lentz adopte les vues de la Commission académique. Aussi se borne-t-il à élucider quelques parties de la question où l'honorable membre manifeste des divergences d'opinion. Ainsi il préconise la formation de Commissions locales qui pourraient prononcer l'admission dans l'asile central, Commissions composées chacune de deux médecins et d'un magistrat; il se prononce contre l'intervention formelle et motivée du Ministre de la Justice dans chaque cas particulier de séquestration (à part celles ordonnées par les tribunaux), faisant ressortir que cette intervention accroîtrait précisément les lenteurs et les hésitations qu'on veut éviter.

M. Masoin insiste particulièrement sur le désaccord qui existe à

propos des prisonniers que M. Lentz voudrait « tous indistinctement » placer à l'asile central dès qu'ils sont frappés de folie. Il demande tout d'abord qu'on excepte formellement d'une mesure si grave tous les individus qui subissent la détention préventive, à moins qu'ils ne soient passibles de la séquestration spéciale pour un autre motif, soit des instincts pervers indomptables, des tendances impulsives particulièrement dangereuses, etc. Il n'admet pas non plus que le transfert à l'asile central porte sur des individus condamnés à de courtes peines; car ce transfert déterminera, quoi qu'on fasse, une flétrissure qu'il n'est pas permis d'infliger à un individu qui, d'ailleurs honnête et rangé, peut se trouver un jour condamné à la prison pour une infraction légère.

Répondant à l'objection qui se prévaut de la difficulté d'établir une différence entre les prisonniers — pour n'en pas établir du tout — M. Masoin montre que notre législation même a tranché la difficulté en formant des catégories parmi les prisonniers au point de vue du degré de la pénalité; ainsi, notre loi de milice fixe le *quantum* de la condamnation qui peut empêcher l'admission dans les rangs de l'armée : au-dessous de cette peine on peut y entrer; au-dessus, on en est éloigné. Il rappelle enfin l'exemple des nations voisines, de la France et de l'Angleterre, qui ont admis ce principe de deux catégories distinctes parmi les prisonniers, au point de vue de l'introduction dans l'asile des aliénés criminels, et il conclut en demandant à l'Académie de repousser la proposition d'une admission de tous les prisonniers indistinctement dans l'asile central, du moment où ils sont atteints d'aliénation mentale.

M. Miot estime que la deuxième conclusion formulée par la Commission ne répond que très imparfaitement à l'une des questions soulevées dans la dépêche ministérielle. M. le Ministre demande de bien déterminer ce que l'on doit entendre par *aliénés dangereux*. La Commission cherche seulement à spécifier ceux qui ne sont pas dangereux. D'après lui, la désignation exacte, rigoureuse des divers individus à colloquer dans l'asile central constitue le point capital. La Commission l'a pressenti, et c'est ce qui lui a fait proposer la septième conclusion, qui règle le mode d'expertise médico-légale des aliénés. Il ne se rallie pas à cette conclusion, parce que si l'on admettait la disposition qui en fait l'objet, ce serait établir une centralisation exagérée de la science, qui amènerait la masse des médecins à abandonner les études psychiatriques. Il voudrait voir modifier la rédaction de la 6^e conclusion qui ne spécifie pas nettement les diverses catégories d'aliénés à placer dans l'asile central.

M. Semal répond à M. Miot en ce qui concerne surtout la septième conclusion que la Commission n'a nullement voulu porter atteinte à la prérogative des médecins légistes.

Reconnaissant qu'une des observations de M. Lentz est bien fondée, M. Semal propose d'ajouter à la cinquième conclusion la phrase suivante : « Ils seront néanmoins, jusqu'à guérison dûment constatée, colloqués dans un asile ordinaire dépendant de l'État, et ce en vertu de l'article 95 de la loi communale. » Il ajoute qu'une des préoccupations qui ont guidé la Commission dans la rédaction des conclusions a été de ne pas créer une jurisprudence nouvelle. Toutefois, afin d'apaiser les scrupules de certains collègues, M. Semal propose de modifier comme il suit la septième conclusion :

« Le placement dans l'asile central aux fins de mise en observation s'effectuera sur les réquisitions de l'officier du ministère public près la cour ou le tribunal saisi de la poursuite. »

En ce qui concerne la neuvième conclusion, M. Semal préférerait le mot *admission* au mot *maintien*, l'admission ayant lieu en vertu d'un réquisitoire émané du parquet.

De plus, la Commission dont il s'agit n'ayant pas à statuer dans les cas où il y aura des accusés ou des prévenus, M. Semal propose d'ajouter les mots suivants à la 9^e conclusion : « Le tout sous réserve du consentement de l'officier du ministère public qui aura requis l'admission en ce qui concerne les divers prévenus, accusés et condamnés. »

M. Lentz maintient sa proposition « d'admettre tous les prisonniers, c'est-à-dire les condamnés, à l'asile central. »

M. Vleminckx trouve la sixième conclusion obscure. Il voudrait la voir supprimer, de même que la septième, après avoir indiqué les raisons qui lui paraissent militer en faveur de cette suppression.

M. Semal produit les raisons qui lui semblent de nature à faire maintenir ces deux conclusions.

M. Masoin estime que le rapport demande trop peu en réclamant que « l'action soit suspendue et l'expertise ouverte pour tout accusé *reconnu*, au cours des débats, atteint ou suspect de folie. » En effet, dit-il, que voyons-nous fréquemment ? Un débat s'ouvre devant la Cour d'assises ; tel avocat, qui jamais n'a vu de près un aliéné, qui jamais peut-être n'a fait une étude de médecine mentale, se met à plaider la folie ; il est éloquent ; il devient pathétique et subtil ; il développe sa thèse avec ardeur et conviction et il arrive à fasciner le jury, qui prononce un acquittement. Eh bien, il y a là un véritable abus. M. Masoin voudrait, qu'au moment où la défense commence à plaider la folie, alors que celle-ci n'a pas été formellement affirmée par des témoignages sérieux ou positivement reconnue, le président l'arrêtat tout court pour commettre des hommes *compétents* à l'effet d'examiner l'état mental de l'accusé. En effet, ou bien la folie existe réellement, ou bien elle n'existe pas. Si elle n'existe pas, il ne faut

point qu'un acquittement scandaleux et déplorable soit arraché par l'éloquence de l'avocat, incompétent en cette matière, aux membres du jury, aussi incompétents que lui.

Si elle existe, encore fant-il qu'elle soit sérieusement établie, et alors il importe que le sujet acquitté comme irresponsable soit, sinon séquestré, pour le moins tenu en observation au sortir du Palais de justice. A ce sujet, l'orateur rappelle l'exemple de l'Angleterre, où le jury doit motiver son acquittement du chef d'aliénation mentale, quand il en a la conviction.

A propos des séquestrations opérées par les administrations communales, M. Masoin se prononce contre la proposition de M. Semal; il arrive parfois, selon lui, que les autorités locales reculent devant le placement de certains aliénés dans les asiles, afin de n'avoir pas à supporter les frais d'entretien de ces malades. Aussi importe-t-il, selon lui, de confier à des mains *désintéressées*, soit aux magistrats, le soin de prendre les mesures nécessaires en l'occurrence.

Répondant à M. Lentz, il s'applique à faire ressortir les différences qui existent entre la communauté de la prison et la communauté de l'asile central qu'il s'agit de créer.

Enfin, quant à la dénomination de cet asile, il ne voit aucun inconvénient à laisser les choses dans un certain vague; aussi, pour ne pas effaroucher le public et pour rendre en même temps hommage à la mémoire d'un homme de bien, propose-t-il de donner à l'asile le nom d'un philanthrope belge qui a honoré le pays, le bienfaiteur et l'ami des prisonniers et des aliénés, le nom de Ducpétiaux.

M. Vlemingcx, après avoir défini ce qu'on doit entendre légalement par aliénés criminels, à savoir, les individus qui ayant commis un crime ou un délit se trouvent en état d'aliénation mentale, soit que cet état existât déjà au moment du crime ou du délit, soit qu'il se soit produit après, examine si un asile spécial ne pourrait pas être affecté à la séquestration de tous les aliénés dangereux indistinctement. Il ne peut admettre que dans l'asile à créer on place avec les aliénés criminels les aliénés chez lesquels un examen aurait fait constater des instincts homicides, des impulsions irrésistibles et violentes, des mœurs ou des habitudes perverses. Introduire dans un asile pour aliénés criminels d'autres fous que des aliénés ayant commis un crime ou un délit, c'est rétablir une promiscuité blessante et injuste qui a été le principal objectif de ceux qui, les premiers, ont réclamé la séparation de ces deux catégories d'aliénés.

Il demande que l'on écarte de l'asile spécial ces malheureux aliénés, si dangereux qu'ils puissent être, qui n'ont pas subi la flétrissure d'une condamnation, ou qui ne sont pas sous le coup d'une poursuite. Ce sont des malades confiés aux asiles et on n'a pas le

droit de disposer d'eux, s'ils ne sont pas en faute envers la société, pour leur infliger la compagnie d'aliénés escrocs, voleurs, assassins.

D'ailleurs le nombre de ces aliénés *dangereux* n'est pas très considérable dans les asiles ordinaires; on les rencontre parmi les aliénés criminels, car ce n'est pour ainsi dire jamais qu'à la suite d'actes criminels ou délictueux qu'on se voit forcé de les séquestrer. C'est aussi dans cette catégorie d'aliénés que se trouveront ces fous moraux, ces alcooliques, ces épileptoïdes à tendances et à penchants vicieux.

La définition de l'aliéné dangereux ne sait être donnée, et il n'est pas possible, au point de vue légal, d'établir une distinction entre l'aliéné dangereux et celui qui ne l'est pas.

Quant à la question du placement des aliénés dangereux dans l'asile spécial, il s'étonne que M. Lentz voudrait que l'asile à créer ne devait pas être exclusivement réservé aux aliénés criminels. La question a été longuement débattue, à la Société de Médecine mentale, et là, M. Lentz a déclaré catégoriquement qu'il ne croyait pas légitime de placer dans un asile spécial, avec des aliénés criminels et des aliénés condamnés, des malades simplement dangereux et qui ne s'étaient pas encore rendus coupables d'acte de violence.

Abordant la question des aliénés *prisonniers*, M. Vleminckx déclare partager l'opinion de M. Lentz et qui est contraire à celui de la Commission, relativement aux prisonniers condamnés, quelle que soit la nature et la durée de la condamnation qu'ils subissent.

Il cherche à démontrer qu'il n'y a pas à craindre que l'on se trouve en présence des difficultés signalées par MM. Masoin et Semal. L'asile spécial est autre chose qu'un asile ordinaire, où l'on serait mieux à même de sauvegarder la sécurité publique contre les évasions toujours à craindre parmi les aliénés criminels.

M. Vleminckx examine ensuite les propositions émises sur l'internement, dans cet asile spécial, des aliénés sans tendances dangereuses, qui se trouveraient sous le coup d'une condamnation ou auraient été relaxés comme irresponsables.

Il regrette de devoir s'écarter encore une fois de l'avis de la Commission, qui admet que les aliénés criminels de cette catégorie ne doivent trouver place, dans l'asile, que lorsque la prévention n'a porté que sur des atteintes *graves* à la sécurité des personnes ou à la moralité publique, ainsi que de l'avis de M. Lentz, qui demande que ces aliénés soient tous envoyés à l'asile spécial, où on les soumettrait à un examen minutieux; après quoi ils seraient maintenus à l'asile ou envoyés dans des établissements ordinaires, selon le plus ou moins de danger qu'ils pourraient présenter.

D'après M. Vleminckx, la proposition de la Commission est vague

et mal définie; on ne peut la traduire en un texte de loi; il reproche à celle de M. Lentz de rétablir, par le renvoi éventuel d'aliénés criminels dans des asiles ordinaires, une promiscuité qu'il n'admet pas.

L'orateur estime que tous les aliénés poursuivis pour des crimes ou des délits, et qui sont relaxés comme irresponsables, doivent, si leur collocation est jugée nécessaire, être placés dans l'asile spécial, quels que soient les faits prévus par la loi pénale auxquels les poursuites à leur charge se rapportent. Tous devront y séjourner jusqu'au moment de leur guérison, s'ils sont susceptibles de guérir, ou jusqu'au jour où il serait dûment constaté que l'intérêt de leur santé exige leur sortie.

Tous les aliénés de cette catégorie doivent-ils être, dans tous les cas, soumis à l'internement?

Il répond négativement à cette question. Il peut se présenter des cas, où la liberté d'un aliéné criminel peut-être utile ou nécessaire à sa guérison et sans inconvénient pour la sécurité publique; mais il appartient au médecin d'apprécier la maladie, d'apprécier le fait incriminé à la justice. Il convient donc de laisser aux autorités judiciaires le droit de refuser l'internement ou d'ordonner la sortie, après s'être éclairées de l'avis des médecins compétents.

Quelles seront ces autorités?

Après avoir rappelé la législation actuelle sur le régime des aliénés, en tant qu'elle concerne les aliénés criminels, il soumet à l'Académie, dans l'unique but de démontrer que l'application des principes qu'il a exposés est réalisable légalement, un projet modificatif de la loi de 1850-1873.

M. Vleminckx expose les principes de cette législation nouvelle qui, tout en répondant à diverses observations qui se sont produites au cours des débats, donne satisfaction au vœu exprimé par M. Lentz d'exiger que la collocation de tout aliéné qui a été attrait devant la justice, de quelque chef que ce soit, soit faite par décision d'un tribunal et que sa mise en liberté soit soumise à la même décision.

M. Vleminckx appelle l'attention sur la nécessité prévue d'ailleurs par M. le Ministre lui-même, de modifier la législation actuelle sur le régime des aliénés pour protéger plus efficacement la société contre les aliénés criminels.

Il conclut en soumettant à l'Académie les propositions suivantes :

I. — La création d'un asile spécial pour les aliénés dits criminels, et dont les installations se prêteraient à tous les classements conseillés par la science médicale ou réclamés par les convenances et la sécurité publique, constituerait un progrès scientifique et social

que l'Académie sera heureuse de voir réaliser par le Gouvernement.

II. — Cet asile serait exclusivement destiné :

a. Aux aliénés dont l'état de démence se serait déclaré après une condamnation prononcée contre eux, et avant qu'ils aient complètement subi ou prescrit cette condamnation ;

b. Aux prévenus ou accusés dont la collocation dans un asile d'aliénés serait reconnue nécessaire, soit au cours d'une instruction, soit au cours de débats judiciaires, c'est-à-dire aux prévenus ou accusés renvoyés des poursuites ou acquittés comme étant atteints d'aliénation mentale dès le moment du crime ou du délit leur imputé, et dont l'internement serait nécessaire, soit dans l'intérêt de leur guérison, soit dans celui de la sécurité publique.

III. — Cet asile serait soumis à la législation générale sur le régime des aliénés, modifiée conformément à son projet, où sont inscrits les principes repris sous les n^{os} IV et V.

IV. — Les aliénés des deux catégories indiquées sous le n^o II, c'est-à-dire les aliénés dits criminels, seraient reçus dans l'asile spécial :

1^o Conformément aux règles édictées par l'article 7, n^{os} 1, 2, 3, 5 et 6 de la loi sur les aliénés, pour les aliénés ordinaires ;

2^o En vertu d'un jugement ou d'un arrêt rendu par le tribunal ou la Cour qui aurait connu des poursuites dirigées contre eux.

V. — Les aliénés des deux catégories indiquées au n^o II sortiraient de l'asile spécial :

1^o S'ils y avaient été internés en vertu des règles régissant les aliénés ordinaires, conformément aux dispositions édictées pour ceux-ci par les articles 13, 14 § 1^{er}, 15, 16 et 17 de la loi ;

2^o S'ils y avaient été internés en vertu d'un jugement ou arrêt, à la suite d'un jugement ou arrêt émanant du même tribunal ou de la même cour.

M. Heger appuie les conclusions de M. Vleminckx. Il fait ressortir la différence qui existe entre ces conclusions et celles présentées antérieurement par M. Lentz. M. Vleminckx n'admet la collocation dans l'asile que des individus qui ont commis un acte. La Société de médecine mentale s'est prononcée dans le même sens. Elle a émis l'avis que trois catégories d'aliénés devaient être internés dans le nouvel asile : 1^o Les inculpés, ayant déjà probablement commis un acte et reconnus aliénés au cours de l'instruction judiciaire ; 2^o les détenus condamnés et devenus aliénés dans la prison ; 3^o les aliénés qui, dans un asile, auraient commis des actes de nature à les faire considérer comme dangereux.

M. Heger rappelle que M. Lentz émet, dans une de ses conclusions, l'avis que psychologiquement et physiologiquement l'on ne

peut définir l'insensé dangereux. Or, si la médecine est impuissante à en donner une définition, il est inutile que le législateur essaie d'en insérer une dans le texte de loi.

Il conclut que l'internement dans l'asile spécial doit être réservé à ces trois catégories, et non pas à ceux qui peuvent virtuellement ou probablement devenir criminels.

M. Semal fait remarquer que la commission n'a pas entendu produire un texte de loi, mais énoncer des principes sur lesquels l'Académie et ensuite M. le Ministre de la Justice puissent se baser.

Ces considérations l'ont déterminé à indiquer, dans la deuxième conclusion, que c'est moins l'acte que la tendance qui constitue le danger permanent, et qu'il y a lieu de colloquer également dans l'asile spécial tout aliéné chez lequel l'observation attentive aurait révélé des instincts homicides, des impulsions violentes, irrésistibles, des mœurs ou des habitudes perverses qui justifieraient son éloignement des autres malades. Ces termes sont littéralement copiés dans le rapport de M. Roussel et dans les conclusions qui, en 1878, au Congrès de médecine mentale de Paris, ont été votées sur la proposition d'un jurisconsulte éminent, M. Barbier, premier président de la Cour de cassation de France.

La sanction judiciaire n'y est pas. Mais c'est précisément pour cela que, dans la sixième conclusion, il est dit que, pour faciliter le classement et prévenir les abus, il conviendra d'instruire judiciairement toute infraction commise ou tentée par un individu suspect ou convaincu de folie.

M. Lefebvre donne l'avis qu'il a émis au sein de la Commission et il persiste dans l'opinion qu'il est difficile, à première vue et en théorie, de déterminer le moment exact où l'aliéné commence à devenir dangereux avant d'avoir commis un acte. Mais en pratique cela n'est pas aussi difficile qu'on pourrait le croire, et il importe qu'on colloque dans un asile spécial un aliéné, avant qu'il ait pu commettre un méfait grave.

Voici les réponses formulées par l'Académie de Médecine aux questions (voir page 506) posées par le Ministre de la Justice :

« 1^o Il y a lieu de créer un asile spécial qui serait affecté à la séquestration de tous les aliénés dangereux indistinctement.

« Ces aliénés rentrent dans les quatre catégories suivantes :

« a. L'aliéné qui a commis un acte réputé crime (vol, viol, homicide, incendie, pédérastie, etc.).

« b. Le condamné pour crime, devenu aliéné après sa condamnation.

« c. L'aliéné déjà interné qui aura commis ou tenté de commettre un acte réputé crime.

« d. Tout aliéné chez lequel un examen aura révélé des *instincts homicides, des impulsions irrésistibles et violentes, des mœurs ou des habitudes perverses* qui justifieraient l'éloignement des autres malades, eu égard à leur sécurité et au respect moral qui leur est dû. De ce nombre sont certains épileptiques, alcooliques, fous moraux, instinctifs, etc.

« 2° Non, si le délit est considéré comme minime, c'est-à-dire, comme ne portant pas une atteinte grave, soit à la vie, soit aux biens d'autrui, soit à la moralité publique.

« 3° L'état actuel de nos connaissances psychiatriques permet d'énumérer les diverses catégories d'aliénés dangereux, indiquées dans la réponse à la première question.

« Il ne permet pas de donner une définition scientifique de l'aliénation mentale dangereuse.

« 4° Oui, pour les attentats à la pudeur, qui témoignent toujours d'une perversité *active*; non, pour les outrages *inconscients* dus à la sénilité de leur auteur.

« 5° Aux faits réputés crimes, indiqués dans la réponse à la première question.

« 6° Non, ces rapports pourront être interdits. »

Bibliographie.

Die Kompressions-myelitis bei Karies der Wirbelsäule. Eine pathologisch-histologisch and experimentelle Studie, von
D^r HANS SCHMANS (Wiesbaden, J. J. Bergmann, 1889).

L'auteur, assistant à l'Institut anatomo-pathologique de Munich, s'est livré à une étude expérimentale, histologique et pathologique qui a donné lieu à des résultats importants et qui lui permettent d'affirmer qu'en dehors des lésions directes de la moelle par le déplacement des vertèbres, etc., la dégénérescence provoquée à la suite d'une carie vertébrale dépend d'un œdème qui à la longue se transforme en un ramollissement diffus; qu'il est rare d'observer une véritable myélite par l'extension en dedans du processus inflammatoire qui siège à la colonne vertébrale; qu'il se produit presque toujours une pachyméningite et souvent une méningite.

L'auteur n'admet la production d'une myélite que lorsque le processus dont la moelle est le siège, présente tous les caractères de l'inflammation qui part de la périphérie; conséquemment on ne l'admettra dans les cas de carie vertébrale que lorsque la moelle est le siège d'une véritable tuberculose. Tous les autres processus inflammatoires que l'on peut constater dans ces cas appartiennent à l'inflammation réactive résultant du ramollissement et peuvent se terminer par une sclérose, analogue au produit inflammatoire qui se forme à la suite de la résorption de l'infarctus.

Il attribue l'œdème collatéral à l'action de la ptomaine; il a encore pu le provoquer par des agents chimiques, preuve que cet œdème précède toujours la myélite et que les cas de guérison de carie vertébrale avec complications médullaires doivent uniquement se rapporter à l'œdème.

Telle est la base d'un travail purement expérimental et qui jette un jour tout nouveau sur une des questions les plus importantes de la pathologie. La science a fait une bonne acquisition en le D^r Schmans. Puisse son succès actuel l'encourager à nous gratifier encore d'autres œuvres analogues!

J. M.

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Compte-rendu du service des enfants idiots et des épileptiques de Bicêtre pendant l'année 1888, par BOURNEVILLE, COURBARIEN, RAOULT et SOLLIER.

Dans son rapport annuel le savant médecin de Bicêtre rappelle l'utilité des exercices avec les échelles en cordes et avec les ressorts, ainsi que de l'éducation des mains et des organes des sens qu'il a introduite dans son hospice depuis 1879. Il décrit la composition de son riche matériel scolaire, la nature de l'enseignement qu'on y donne, les distractions qui ont été accordées aux enfants. En dehors de la question de l'enseignement, ce qui intéresse surtout le médecin qui peut voir ce vaste et splendide asile, c'est le musée pathologique qui compte actuellement 208 bustes en plâtres, 38 squelettes de tête, 177 calottes crâniennes et 188 cerveaux d'idiots épileptiques, — la collection des photographies de tous les enfants à leur entrée et à des époques ultérieures si la nécessité scientifique s'en fait sentir, — et l'enseignement professionnel qui occupe 182 enfants.

Le Dr Bourneville signale dans son rapport une regrettable lacune dans l'organisation de l'assistance publique, notamment le patronage des aliénés guéris et conséquemment aussi des enfants arriérés. Il est encore à créer, comme d'ailleurs dans beaucoup d'autres pays. Sur une population d'environ 330 d'enfants il y a eu, pendant l'année 1888, 22 décès, 33 sorties, 6 transferts et 108 entrées.

L'Hospice a été agrandi considérablement par la construction d'un nouveau pavillon de dortoirs et d'un pavillon de cellules présentant tout le confortable qu'on pourrait rêver pour ces malheureux. M. Bourneville termine son rapport par la triste description des cabanons qu'on rencontre encore dans les hôpitaux-hospices de province.

Au point de vue scientifique, c'est la partie clinique du rapport qui offre le plus d'intérêt. La plupart des descriptions cliniques ont été reproduites dans les excellentes *Archives de Neurologie* et plusieurs d'entre elles ont été résumées dans notre publication. Les articles « l'idiotie avec cachexie pachydermique, — les notes statistiques sur le rôle de la consanguinité dans l'étiologie de l'épilepsie, de l'hystérie et de l'idiotie, — l'épilepsie et l'asymétrie frontale, — le traitement de l'épilepsie idiopathique par le bromure de nickel, — et la perversion des instincts — sont de la plus haute importance et témoignent de la grande activité scientifique qui règne à l'Hospice de Bicêtre.

J. M.

Pathologie und Therapie der Nervenkrankheiten, für Aertze und Studirende, von Dr LUDW. HIRT, Professor an der Universität Breslau (Wien, Urban et Schwarzenberg, 1890).

Depuis quelque temps il existe une heureuse tendance dans les nouvelles publications médicales de faciliter l'étude de la matière par l'addition de nombreuses figures. Nous connaissons les améliorations introduites dans les travaux sur le système nerveux parus dans l'*Encyclopédie* de Ziemsen, dans l'*Handbuch für Kinderkrankheiten* de Gerhardt, dans les travaux de Bramwell, Ross, Seeligmüller, Strümpell, Liebermeister et tant d'autres, mais nous nous empressions de reconnaître que le travail du prof. Hirt présente une richesse de figures tout à fait inconnue jusqu'ici. En dehors des maladies mentales, toutes les autres maladies du système nerveux central et périphérique s'y trouvent décrites; mais comment? Le travail du prof. Hirt a été soigneusement préparé; le savant neurologue de Breslau s'est efforcé de faire un travail qui plaira à la fois aux étudiants et aux médecins, et qui se caractérise par une méthode rigoureuse, des descriptions soignées et une lecture facile. Nous y rencontrons les dernières expériences physiologiques et les dernières observations cliniques. La classification de la matière y est neuve et tout à fait originale; ainsi par exemple, le tabes dorsales et la sclérose diffuse ne se rencontrent plus dans les maladies de la moelle épinière, mais avec la démence paralytique et la syphilis parmi les maladies du système nerveux général, ce qui en effet est plus conforme aux données de la science moderne.

La lecture de cet excellent travail nous a donné la conviction que l'auteur a voulu poursuivre un but spécial et donner à ses lecteurs une énorme quantité de matériaux sous un petit volume. Il a réussi, sans doute aucun, et déjà à l'heure actuelle l'esprit pourtant si critique de la presse allemande lui envoie ses plus sincères félicitations en prédisant que l'ouvrage va figurer dans la bibliothèque de tout médecin-praticien et qu'il est appelé à des éditions successives. Aussi notre première impression était-elle que cette œuvre ne tardera pas à quitter la frontière allemande et que des traductions en langues étrangères sont à prévoir.

Nous ne pourrions trop féliciter les éditeurs, MM. Urban et Schwarzenberg pour les nombreux sacrifices qu'ils se sont imposés pour la publication de cette œuvre que nous considérons comme unique en son genre. L'exécution typographique est fort belle et les nombreuses figures (178) ont été excessivement bien faites et bien reproduites.

J. M.

Leçons cliniques sur les principaux phénomènes de l'hypnotisme dans leurs rapports avec la médecine mentale, par le D^r J. LUYs, membre de l'Académie de Médecine (Paris, G. Carré, 1890).

Le livre de M. le D^r LUYs mérite d'être connu de tous les neurologistes et des médecins aliénistes. Déjà en Allemagne, il y a quelques années, Seeligmüller a classé l'hypnotisme à côté de la neurasthénie et de l'hystérie, deux affections qui constituent un terrain de prédilection pour le développement des maladies mentales. Le travail du savant médecin de la Charité a pour but essentiel de démontrer les rapports qui relient l'hypnotisme à la pathologie mentale, en prouvant que chez les hypnotisés, on peut développer certains éléments morbides, des psychoses (illusions, hallucinations, conceptions délirantes et même des impulsions irrésistibles sous forme de suggestions. L'auteur a utilisé pour la rédaction de ses leçons toute la littérature de la science hypnologique, il en a confirmé tous les faits, il y en a ajouté d'autres. Il s'attache à démontrer que les faits se rattachent à des lois physiologiques. Il décrit la sériation des différents états hypnotiques comme les phases d'un seul processus en évolution, il établit que l'état hypnotique est caractérisé par l'obnubilation de certaines facultés et l'exaltation compensatrice d'autres facultés, que l'abolition de l'état de conscience du monde extérieur peut susciter l'exaltation des facultés de la mémoire, de l'imagination, etc. Il a pu démontrer que les régions émotives du cerveau peuvent être isolément mises en éveil avec leurs modalités les plus variées, que l'unité psychologique de l'individu vivant peut être scindée en deux et qu'on peut opérer ainsi un dédoublement des sensations et des opérations psychiques.

Arrivant aux rapports avec la pathologie mentale, l'auteur relate les ressemblances entre le paralytique général tranquille et l'hypnotisé, somnambule lucide, de certaines formes dépressives de la paralysie générale chez les sujets atones, lents à se mouvoir, avec l'ébauche de certains phénomènes de l'état cataleptique, certaines formes d'aliénation mentale artificielle qu'il peut provoquer chez les hypnotiques. Il cherche à donner à toutes ces idées une base réelle en les rattachant à la vie du substratum organique qui les supporte. Aussi partageons-nous complètement l'avis de l'auteur lorsqu'il dit que « l'avenir de la pathologie mentale est dans cette direction logique. »

Dans le chapitre relatif à la médecine légale, M. Luyt signale les problèmes nouveaux qui peuvent se présenter devant les magistrats et les experts et termine son travail par l'étude des actions hypnoti-

ques appliquées à la thérapeutique et spécialement celle des affections chroniques du système nerveux. Aussi, et à propos de la publication de cet ouvrage, emprunterons-nous à M. Luys ses propres paroles : « On sent qu'il y a là des forces nouvelles qui entrent en jeu, et que ces forces mystérieuses sont destinées à avoir un retentissement profond, non seulement dans le domaine de la psychologie normale, mais encore dans celui de la pathologie mentale auquel elles apportent des lumières toutes nouvelles ! » Nous savons gré à l'auteur de la belle œuvre dont il a doté la littérature psychiatrique et faisons des vœux pour que les médecins aliénistes ne tardent pas à contribuer et à l'aider à la solution de l'importante question de l'hypnotisme.

J. M.

The past and present provision for the Insane in Yorkshire, with suggestions for the future provision for this class, by
D^r HACK TUKE (London, J. & A. Churchill, 1889).

Le travail du D^r Hack Tuke est divisé en deux parties. La première, sous forme de discours présidentiel lu à l'ouverture de la réunion annuelle de la « British medical Association » (section de psychologie) traite de l'histoire de l'assistance des aliénés indigents dans le Comté de Yorkshire à partir de la période de l'organisation des asiles d'aliénés. Nous ne pouvons rien emprunter à ce magistral discours en raison de son importance purement locale. Il n'en est pas de même de la deuxième partie qui passe en revue certaines questions d'actualité générale.

L'auteur y étudie successivement la question de la possibilité de l'introduction du système familial dans le Comté de Yorkshire afin de déverser la population excédante des asiles d'aliénés chez des nourriciers ; sa réponse est négative mais il croit atteindre le résultat voulu en soutenant plus libéralement les familles des aliénés inoffensifs et incurables pour les permettre de garder leurs malades à domicile.

En Angleterre un certain nombre d'aliénés inoffensifs sont confiés à des institutions de bienfaisance (Workhouses) et le D^r Hack Tuke en examinant dans son travail jusqu'à quel point ces institutions peuvent être utilisées et si on s'en est servi autant que faire se peut pour donner l'hospitalité aux aliénés indigents incurables, se prononce en faveur de ces établissements à la condition qu'ils soient aménagés pour recevoir ce genre d'aliénés.

Le D^r Tuke termine son travail en faisant ressentir la nécessité du dédoublement des asiles, dont l'une des parties, la plus petite, serait réservée aux cas aigus et récents et dont l'autre logerait les déments.

L'auteur est trop connu dans le monde psychiatrique pour que nous fassions l'éloge de son travail, qui est d'autant plus méritoire qu'il a été préparé avec le concours d'une série de renseignements fournis par ses collègues.

J. M.

Études cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, par le D^r JUL. FALRET, médecin de la Salpêtrière, président de la Société médico-psychologique de Paris (Paris, J. B. Baillière et fils, 1890).

Imitant l'exemple de son père, le D^r Jul. Falret vient de réunir en un volume les travaux qu'il a publiés depuis vingt-cinq ans et qui se trouvent disséminés dans différentes revues périodiques. Nous y rencontrons successivement des études sur la classification des maladies mentales, sur la séméiologie des affections cérébrales, sur la folie paralytique, sur l'épilepsie, sur les troubles du langage et de la mémoire des mots dans les affections cérébrales (aphémie, aphasie, alalie, amnésie verbale), sur la folie raisonnante, la folie morale, la folie à deux, la folie circulaire et la folie à double forme.

Le but poursuivi par l'auteur est aisé à comprendre. Falret, père, en publiant son traité des maladies mentales et des asiles d'aliénés, nous fait assister pas à pas aux progrès accomplis depuis l'œuvre de Pinel et d'Esquirol. Mais depuis lors encore quels changements accomplis ! Et Falret, fils, ignorant probablement qu'il poursuivait les dignes traces de son père, embrasse successivement les différents chapitres de la pathologie mentale et nous fait assister de nouveau aux progrès, plus grands encore, accomplis depuis un quart de siècle dans l'étude de la psychiatrie. Sous ce rapport le travail de M. Jul. Falret est un monument et le digne pendant de celui publié par son père à la fin de sa carrière. Falret, père et fils, nous font ainsi assister au développement de la science mentale depuis bientôt cinquante ans, depuis la mort d'Esquirol (1840).

Le travail de M. Jul. Falret nous montre ce mouvement puissant, grandissant chaque jour ; il nous conduit à cette période de transition et de transformation scientifique et sous ce rapport nous devons savoir gré à l'auteur de nous avoir fourni l'occasion de pouvoir jeter un heureux coup d'œil rétrospectif sur l'état de nos connaissances psychiatriques. Il peut être fier d'y avoir pris une grande part !

J. M.

Variétés.

NOMINATIONS.

M. le D^r De Smedt est nommé médecin de l'asile d'aliénés de St-Jérôme, à St-Nicolas.

M. le D^r Reynaert est nommé médecin de l'asile des femmes aliénées, à St-Nicolas.

M. le D^r Moens est nommé médecin de l'asile d'aliénées de Lede, en remplacement de M. le D^r Wibo, démissionnaire.

M. le D^r Claus est nommé médecin-adjoint des asiles d'aliénés des hospices civils de Gand.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BERLIN. — Le D^r K. von den Steinne est nommé privat-docent de psychiatrie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE KLAUSENBURG. — Le D^r K. Lechner, de Buda-Pesth, est nommé professeur ordinaire de psychiatrie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRATZ. — Le D^r von Wargne est nommé professeur extraordinaire de psychiatrie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE VIENNE. — Le D^r Anton est nommé privat-docent de psychiatrie.

POLYCLINIQUE DE NEW-YORK. — Le D^r Sachs est nommé professeur de neurologie et de psychiatrie.

NÉCROLOGIE.

M. le D^r Anthéunis, médecin des asiles d'aliénés de St-Nicolas, est décédé le 17 septembre 1889.

TABLE DES MATIÈRES.

Abcès de la selle turcique et du corps pituitaire.	77
Alcoolisés (De la responsabilité des)	331
Alcoolisme (Pathologie de l')	183
Aliénés criminels (De la sortie des)	338
Amnésies (Les)	191
ALVAREZ TALADRIZ. — La criminalité dans ses rapports avec l'ethnographie	384
Anesthésie hystérique (Recherches sur)	185
Anthropologie criminelle (Les dernières recherches d')	364
— — (L'anthropologie juridique et l')	370
— — (Détermination par l') de la classe des délinquants à laquelle appartient un coupable	374
— — (Le crime politique au point de vue de l')	372
Aphasie traumatique traitée avec succès par la trépanation. . .	190
Arthritisme comme cause de la paralysie générale.	324
Assassinat (Tentative d') par un dégénéré psychique	199
AUTOKRALOFF. — De l'influence de l'extirpation de la glande thyroïde sur le système nerveux des animaux.	183
ANTON. — Relations entre les névroses et les psychoses	98
BAJÉNOFF. — Le patronage familial des aliénés en Russie	124
BALL. — Aphasie traumatique traitée avec succès par la trépa- nation.	190
— — De la législation comparée sur le placement des aliénés. .	318
BATTERCOMBE. — Abcès de la selle turcique et du corps pituitaire	77
BAUME. — Des Colonies agricoles d'aliénés	337
BEEVOR (voir HUGHLINGS JACKSON).	
BENEDIKT. — Manuel technique et pratique d'anthropométrie, crânio-céphalique, à l'usage de la clinique, de l'anthropologie générale et de l'anthropologie criminelle	231, 295
BERNADSKY. — L'hypnotisme chez les grenouilles	456

BÉRILLON. — Application de la suggestion à la pédiatrie et à l'éducation mentale des enfants viciés et dégénérés	359
BERNHEIM. — Sur les faux témoignages suggérés à l'état de sommeil	360
— — Valeur relative des divers procédés destinés à provoquer l'hypnose et à augmenter la suggestibilité au point de vue thérapeutique	356
BETTENCOURT-RODRIGUEZ. — De l'influence des phénomènes d'auto-intoxication et de la dilatation de l'estomac dans l'étiologie des formes dépressives ou mélancoliques	333
BIANTE. — Maladies mentales des vieillards. Leur influence sur la capacité de donner ou tester.	494
BINET. — Recherches sur l'anesthésie hystérique.	185
— — Du rôle de l'intensité des sensations chez les hystériques	
BORNEMANN. — Intoxication par le sulfonal	222
BOUCHARD. — Fracture de la colonne. Hallucinations du sens musculaire dans les membres privés de la sensibilité	457
BOURNEVILLE et BRICON. — De l'épilepsie procursive	78
BOURNEVILLE, SOLLIER, etc. — Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie.	120, 522
BOURNEVILLE. — Traitement de l'épilepsie par le bromure de nickel	500
BRIAND. — Nouvelles applications thérapeutiques de la suggestion	359
— — Les troubles de la mémoire dans l'intoxication par l'oxyde de carbone	322
BRUNET. — De la spécificité de la paralysie générale	322
BROWN-SÉQUARD. — La dualité d'action des hémisphères cérébraux	72
BUSCHMANN. — Troubles physiques et psychiques en rapport avec la menstruation	100
Catatonie (La) par MM. SÉGLAS et CHASLIN	62
CAMPBELL. — Le traitement des aliénés	224
Cécité psychique chez un chien	341
Centres moteurs (Du rôle des) chez les jeunes animaux	345
— nerveux (Changement dans les) sous l'influences d'irritations périphériques	455
— salivaire de l'écorce cérébrale (quelques mots sur les).	188
Cerveau (sur la croissance du) et la topographie crânio-cérébrale.	189
Cervelet (Noyaux tuberculeux dans le)	187
CHATELAIN. — La folie. — Causeries sur les troubles de l'esprit .	121
CHASLIN (voir SÉGLAS)	
CHASLIN. — De la sclérose névroglique dans l'épilepsie essentielle.	88

CHAUFFARD. — De la cécité subite par lésion combinée des deux lobes occipitaux.	460
Chloralamide (La) nouvel hypnotique	501
CHRISTIAN. — Syphilis et paralysie générale	333
— — Traumatisme du crâne et l'aliénation mentale	474
CLARK BELL. — Suicide and legislation	177
— — The medical Jurisprudence of Inebriety	231
Cocaïnisme	200
CODELUPE. — Un cas d'hystérie chez l'homme	216
COLM. — Delirium tremens chez un enfant	199
Colonies agricoles d'aliénés, par M. Baume	337
Concours de la Société médico-psychologique de Paris	217
Congrès international de l'alcoolisme	345
— — d'Anthropologie criminelle	314
— — de l'hypnotisme expérimental	355
— — de Médecine mentale de Paris	303
— — de psychologie physiologique de Paris	339
COTARD. — De l'origine psycho-motrice du délire	308
CONTAGNE. — De l'influence des professions sur la criminalité	371
CUNNINGHAM. — Sur la croissance du cerveau et la topographie crânio-cérébrale	189
Crime (Les conditions déterminantes du) et leur valeur relative	377
Criminalité (De l'influence des professions sur la)	371
Criminels (Les aliénés). — Discussion à l'Académie de Médecine de Belgique.	505
DANILEWSKI. — L'hypnotisme chez les animaux.	343
Débîts de boissons et consommation des alcools.	345
Dédoublement de la personnalité, par M. Séglas	314
Délire (De l'origine psycho-motrice du).	308
Delirium tremens chez un enfant.	199
De RODE. — Observations médico-légales sur les blessures chez les alcoolisés	213
DRAGOMANOFF. — Pathologie de l'alcoolisme.	133
Drame dans un asile d'aliénés.	255
Dualité d'action des hémisphères cérébraux	72
EDINGER. — Anatomie des centres nerveux	119
ECKHARD. — Sur les centres salivaires de l'écorce cérébrale	188
Electrothérapie dans les maladies mentales	27
Epilepsie.	
Clinical observations ou epileptic insanity	69
Des troubles moteurs post-épileptiques	65

Épilepsie.

Épilepsie procursive.	78, 141, 189, 282
Atrophie de l'hémisphère cérébral droit chez un épileptique . . .	461
De la plus grande fréquence des accès à certaines heures . . .	93
Épilepsie avec aura olfactive produite par une tumeur du lobe temporo-sphénoïdal	88
Fréquence de l'astigmatisme chez les épileptiques	93
Galvanisation de la glande thyroïde chez les épileptiques . . .	104
L'élimination de l'acide phosphorique par les urines des épileptiques.	94
L'élimination de certains médicaments par les urines à la suite de l'accès d'épilepsie	93
Le paroxysme épileptique.	92
Pression artérielle dans les paroxysmes épileptiques	463
Quelques équivalents cliniques de l'épilepsie Jacksonienne . . .	462
Sclérose névroglique dans l'épilepsie	88
Traitement par l'hydrate d'amyle	499
— par le bromure de nickel	500
Erythrospisie dans la paralysie générale.	323
Etats émotifs (Modifications de la température de l'écorce céré- brale dans les)	457
Examen des aliénés (Formulaire à dresser pour l')	16, 124
EXNER. — Les fibres d'association dans l'écorce cérébrale.	74
 FALRET. — Obsessions avec conscience (intellectuelles, émotives et instinctives)	303
— — Etude clinique sur les maladies mentales et nerveuses. . .	526
FERRI. — Les conditions déterminantes du crime et leur valeur relative.	377
FÉRÉ. — Sur les modifications du sang d'origine nerveuse	77
— — De la plus grande fréquence des accès d'épilepsie à cer- taines heures	93
— — Fréquence de l'astigmatisme chez les épileptiques	93
— — La pression artérielle dans les paroxysmes épileptiques et dans la colère	463
— — L'exploration des mouvements de la langue	464
— — L'élimination de certains médicaments par les urines à la suite de l'accès d'épilepsie	93
— — L'état mental aux approches de la mort	101
— — Dégénérescence et criminalité	121
Fiançailles (Les troubles de l'esprit pendant les)	196
Fibres (Les) d'association dans l'écorce cérébrale	74
FINLAY. — Clinical observations on epileptic insanity	69

FISCHER. — Les effets de doses exagérées du sulfonal	497
Folles pénitentiaires, par M. Semal	341
Folles multiples, par M. Saury	335
Folie paralytique de nature neurasthénique	101
FOREL. — Les hallucinations négatives chez les aliénés et les hypnotisés	358
FONTAN. — Les effets de la suggestion hypnotique dans les affections cum materia du système nerveux	357
FRASER. — Atrophie de l'hémisphère cérébral droit chez un épileptique	461
Fugues inconscientes chez les hystériques, par M. Voisin	316
FÜRSTNER. — Les troubles psychiques de la vieillesse	493
— — La simulation de troubles mentaux	100
 GALTON. — De l'hérédité	343
Galvanisation de la glande thyroïde chez les épileptiques	104
Gangrène symétrique des extrémités	102
GARNIER, P. — Les rapports entre la dégénérescence mentale et la simulation de la folie	379
— — Progression corrélatrice de la folie et de la paralysie générale	327
GAROFALO. — Sur la détermination par l'anthropologie criminelle de la classe des délinquants à laquelle appartient un coupable .	374
GASPARD. — Influence de la suggestion sur certains troubles de la menstruation	358
GOLTZ. — Des suites de l'extirpation des deux hémisphères cérébraux	181
— — Chien opéré de son hémisphère gauche	471
GRAMPIETRO. — La responsabilité morale et criminelle des sourds-muets dans les rapports avec la législation	373
GUCCI. — Les noms des aliénés	102
— — La guérison de la folie chronique	104
 HAGEN et HUFLER. — La chloralamide, nouvel hypnotique	502
Hallucinations (Contribution à l'étude des)	89
— du sens musculaire dans les membres privés de sensibilité	458
— (Etudes statistiques sur les)	339
— négatives chez les aliénés et les hypnotisés	358
Hémisphère cérébral droit (Atrophie de l') chez un épileptique .	461
Hémisphères cérébraux (Des suites de l'extirpation des)	181
Hérédité	343
HERZEN. — Du rôle des centres moteurs chez les jeunes animaux .	344

HIRT. — Pathologie und Therapie der Nervenkrankheiten . . .	523
HOPPE. — Tumeur des tubercules quadrijumeaux	75
HOUZÉ. — Recherches sur l'indice nasal des Flamands et des Wallons	503
HUGLINGS JACKSON et BEEVOR. — Épilepsie avec aura olfactive produite par une tumeur du lobe temporo-sphénoïdal . . .	89
Hydrothérapie dans les maladies mentales	402
— dans l'hystérie	218
Hyoscine (son action thérapeutique)	104
— dans les maladies mentales	219
Hyosciamine et hyoscine par M. Lemoine.	321
Hyperémie (Son influence sur le système nerveux central) . . .	184
Hypnotisme à l'Académie de Médecine de Belgique . . .	111, 128, 204
— (Aliénation mental à la suite de pratiques d') . . .	201
— chez les animaux	343
— chez les grenouilles	456
— (Interdiction des séances d')	252, 355
— (Du rôle de la suggestion dans l')	342
Hypocondrie du sexe féminin	95
Hystériques (action suggestive des milieux pénitenciers sur les)	
Hystérie chez l'homme (Un cas d')	216
ILTEN (Das Asil). — Die erste 25 Jahre seines Bestehens. . . .	249
Inversion sexuelle chez un dégénéré, guérie par une suggestion hypnotique	317
KERR. — Enquête sur la tempérance dans la Grande-Bretagne .	110
KLENCKE. — L'hyoscine dans les maladies mentales	219
KNY. — Action thérapeutique de l'hyoscine	104
— — Tumeur de la glande pinéale	470
KORSAKOFF. — Une forme particulière de maladie mentale com- binée avec la névrite multiple dégénérative.	311
KOUSNEZOFF. — Influence de l'hyperémie sur le système nerveux central	184
KOVALEVSKY. — L'ivrognerie	117
— — Épilepsie procursive	189
KRAUSS. — Noyaux tuberculeux dans le cervelet	187
LADAME. — Inversion sexuelle chez un dégénéré, guéri par la sug- gestion hypnotique	317
— — Érythroopsie dans la paralysie générale.	323
— — De la nécessité d'interdire les séances publiques d'hyp- notisme	355

LANNEGRACE. — Influence des lésions corticales sur la vision . . .	458
LASCHIE. — Le crime politique au point de vue de l'anthropologie.	372
LAURENT. — Action suggestive des milieux pénitenciers sur les hystériques	358
— — De l'origine de certaines tendances érotiques dans la paralysie générale.	355
Législation comparée sur le placement des aliénés	318
LEMOINE et DELBREIL — De l'épilepsie procursive	140
LEMOINE. — De l'hyosciamine et de l'hyoscine	321
— — De l'arthritisme considéré comme cause de la para- lysie générale.	325
Libération conditionnelle (Sur la) par M. Semal.	383
LIÉGEOIS. — Rapports de la suggestion et du somnambulisme avec la jurisprudence et la médecine légale	360
Liste des membres de la Société de Médecine mentale	3
Lobe occipital (Contributions à l'étude du fonctionnement du). .	460
Lobes occipitaux (Cécité subite par lésions combinées des deux) .	460
Localisations cérébrales (Contribution à l'étude des)	461
LOCAJONO. — Le sulfonal dans les maladies mentales.	498
LOMBROSO. — Les dernières recherches d'anthropologie criminelle	364
LUYS. — Paralysie générale au début, douleurs névralgiques den- taires d'origine cérébrale, guéries par l'application des miroirs rotatifs	217
— — Leçons cliniques sur les principaux phénomènes de l'hypnotisme dans leurs rapports avec la médecine mentale	524
Lypémanie hypocondriaque (Quelques cas de)	311
LWOFF. — Observation d'une femme devenue aliénée à la suite de pratiques d'hypnotisme	201
MABILLE. — Quelques faits médico-légaux.	105
MAGNAN. — (Voir TAVERNI)	
MAIRET. — Folie de la puberté. — Manie choréique	94, 194, 483
Maladie mentale (Une forme particulière de) combinée avec la névrite multiple dégénérative	311
MALCHIN. — Sur l'action du sulfonal.	496
Manie de fouiller	496
MANOUVRIER. — L'anthropologie juridique et l'anthropologie cri- minelle.	370
MARANDON DE MONTYEL. — Des dangers du sulfonal	222
MARCHAND. — Description de trois cerveaux de microcéphales. .	481
MARILLIER. — Étude statistique sur les hallucinations	339
MASSON. — Des troubles moteurs post-épileptiques	65

Médecine légale des aliénés (Quelques faits de)	105
Mélancolie (Contribution à l'étude de la)	482
Mélancolie transitoire (Observation nouvelle de)	479
Mémoire (Les troubles de la) dans l'intoxication par l'oxyde de carbon	322
MENDEL. — L'hypocondrie du sexe féminin	95
— — Contribution à l'étude de la mélancolie	482
— — Sur les psychoses périodiques.	198
Menstruation (Troubles physiques et psychiques en rapport avec la)	100
— — (Influence de la suggestion sur les troubles de)	358
MICKLE. — On insanity in relation to cardiac and aortic diseases.	118
Microcéphalie (Un cas de)	480
Microcéphales (Description de trois cerveaux de)	481
Modifications du sang d'origine nerveuse	77
MIRAGLIA. — Parere frenologico su Napoleone I e Guiseppe Gari- baldi	451
— — Prolusione di terzo Corso di frenologia	452
— — Conferenze contro le Vivizezioni.	454
MOREL. — L'Electrothérapie dans les maladies mentales.	27
— — L'Hydrothérapie dans les maladies mentales	402
MORSELLI. — L'hydrothérapie dans l'hystérie	218
MOTET. — Tentative d'assassinat par un dégénéré psychique	199
— — De la responsabilité des alcooliques	331, 349
Mort (Etat mental aux approches de la)	101
Mouvements de la langue (Exploration des)	464
Nécrologie	128, 256
Nerfs optiques (De l'entrecroisement des)	188
Nervosisme et éducation	187
Névroses (Relations entre les) et les psychoses	98
Noms des aliénés (Les)	102
Nominations.	127, 256, 527
NORMAN. — Manie de fouiller	496
NOTHNAGEL. — Tumeur des tubercules quadrijumeaux	76
— — Tubercule du Pont de Varole	77
— — Tumeur de la région des tubercules quadriju- meaux.	468
OBERSTEINER. — Cocaïnisme et morphinisme	103
Obsessions avec conscience (intellectuelles, émotives et instinctives)	303
— intellectuelle (Un cas d') guérie par la suggestion	325
OCHOROWITZ. — Du rôle de la suggestion dans l'hypnotisme	342
OLIVER. — Le paroxysme épileptique	92

Onomatomanie, Coexistence de l'hystérie et d'une variété spéciale d'	215
Opium dans les psychoses.	501
OPPENHEIM et REMAK. — Tumeur cérébrale	467
ORMEROD. — Tumeur symétrique des deux hémisphères cérébraux	466
OTTEN. — Du sulfonal dans les maladies mentales.	498
Paralysie générale (Arthritisme comme cause de la)	324
— — (Erytropsie dans la)	323
— — (Étiologie de la)	329
— — et folie alcoolique	327
— — d'origine syphilitique (Discussion sur la)	20
— — (de la spécificité de la)	322
— — (Syphilis et)	333
— — (Tendances érotiques dans la)	336
Pathologie cérébrale dans un cas de cécité et de surdité acquise dans la première enfance.	74
PEIPER. — Un cas de microcéphalie.	480
PELMAN. — Nervosisme et éducation	167
PICK. — Contribution à l'étude des localisations cérébrales.	461
PIERRET. — Étiologie de la paralysie générale	329
PITRES. — De quelques équivalents cliniques de l'épilepsie Jack- sonienne	462
Porencéphalie en pseudo-porencéphalie	331
Psychoses périodiques (Sur les)	198
— (Relations entre les névroses et les)	98
Puberté (Folie de la)	99, 194, 483
RÉGIS. — Quelques cas de lypémanie hypocondriaque.	311
Report (29 th annual) of the medical superintendent of the state asylum for Insane criminals Auburn.	245
— (biennial) — of the officers of the Vermont state asylum for the Insane 1887-1888	247
— (annual) 1888, — Crichton royal Institution Dumfries	248
— of the condition of the boarded-out insane in Massa- chussets 1888.	251
— 18 th — of the state homœopathic asylum for the Insane at Middeltown 1888.	251
— (6 th biennial) of the Illinois Eastern Hospital for Insane at Kaukakee 1888	251
— (18 th annual) of the Buffalo state asylum for 1888	252
— of the medical superintendent of the provincial asylum at St John, New-Brunswick 1888	252
Responsabilité (La) morale et criminelle des sourds-muets	373

RICHARD CH. — Cécité psychique expérimentale chez un chien . . .	341
RIVANO. — L'élimination de l'acide phosphorique par les urines des épileptiques	94
ROSCIOLI. — La folie paralytique de nature neurasthénique . . .	101
ROUILLARD. — De la Société des aliénés criminels	338
— — Les troubles mentaux des vieillards	484
— — Les amnésies	101
RUMPF. — Troubles sensitifs et ataxie	456
SADOVSKY. — Les changements dans les centres nerveux sous l'influence d'irritations périphériques	455
SANGER BROWN et SCHAFER. — Recherches sur les fonctions des lobes occipitaux et temporaux du singe.	73
SAURY. — Le cocaïnisme	200
— — Des folies multiples.	335
Savage. — Les troubles de l'esprit pendant les fiançailles . . .	196
SAY, LÉON. — Des débits de boissons et de la consommation des alcools	345
SÉGLAS et CHASLIN. — La catatonie	62
— — Coexistence de l'hystérie et d'une variété spéciale d'ono- matomanie	215
— — Du dédoublement de la personnalité	314
SEMAL. — Folies pénitenciaires	314
— — Sur la libération conditionnelle	383
SEKMANS. — Die Kompressions-myelitis bei Karies der Wir- belsäule	521
SIGHICELLI. — La galvanisation de la glande thyroïde chez les épileptiques	104
Simulation de troubles mentaux	100
— de la folie (Les rapports entre la dégénérescence men- tale et la)	379
— de troubles mentaux (Deux cas de)	496
SINGER et MÜNZER. — De l'entrecroisement des nerfs optiques. .	188
SMITH. — Chimie physiologique du sulfonal	221
SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MENTALE DE BELGIQUE.	
Composition du Bureau pour 1889.	8
Séance du 26 janvier 1889.	9
— 27 avril 1889	129
— 27 juillet 1889	258
— 26 octobre 1889.	397
Allocution du Président	11
SOLLIER, P. — Du rôle de l'hérédité dans l'alcoolisme.	230
— — De la porencéphalie et de la pseudo-porencéphalie. . . .	330

Statistique internationale des aliénés (Des bases d'une bonne)	284, 307
STEINER. — Un gas de gangrène symétrique des extrémités.	182
STRÜMPPELL. — Des rapports entre la syphilis et le tabes dorsalis.	456
Suicide and legislation	176
Sulfonal (Chimie physiologique du)	221
— (Action du)	496
— (Intoxication par le)	222
— (Dangers du).	222
— (Les effets de doses exagérées du).	497
— dans les maladies mentales.	498
TANZI. — Modifications de température de l'écorce cérébrale dans les états émotifs.	457
— — Modifications de température de l'écorce cérébrale dans les accès émotifs	457
TAVERNI et MAGNAN. — L'enfance des criminels dans ses rapports avec la prédisposition naturelle au crime	380
Tempérance (Enquête sur la) en Angleterre	110
Thyroïde (De l'influence de l'extirpation de la glande) sur le système nerveux des animaux	183
TISSIÉ. — Un cas d'obsession intellectuelle et émotive guérie par la suggestion.	325
TOMASCHESKI. — Contribution à l'étude de la pathogénie des hallucinations et de l'épilepsie	89
TOMASCHESKI. — Contribution à l'étude de la pathologie cérébrale dans un cas de cécité et de surdité acquise dans la première enfance	74
Traitement des aliénés	224
— chirurgical des maladies cérébrales.	472
Traumatismes du crâne et aliénation mentale.	474
TRAVAUX ORIGINAUX :	
D ^r JUL. MOREL. — L'électrothérapie dans les maladies mentales.	21
— — — L'hydrothérapie dans les maladies mentales.	402
D ^{rs} LEMOINE et DELBREIL. — De l'épilepsie procursive	140, 282
D ^r PEETERS. — Le sulfonal dans le traitement de la folie	162
D ^r DE RODE. — Observations médico-légales sur les blessures chez les alcooliques	233
Troubles sensitifs et ataxie.	456
TUKE (D ^r HACK). — The past and present for the Insane in Yorkshire	525
Tubercule du Pont de Varole	77
Tumeur symétrique des deux hémisphères cérébraux.	466
— cérébrale	467

Tumeur de la glande pinéale	470
— des tubercules quadrijumeaux, par Hoppe.	75
— — — par Nothnagel	76
Tumeurs de la région des tubercules quadrijumeaux	468
Urines (L'élimination de certains médicaments par les) à la suite de l'accès d'épilepsie.	93
— (L'élimination de l'acide phosphorique par les) des épilep- tiques	94
VENTURI. — Observation nouvelle de mélancolie transitoire	479
Vieillards (Les troubles mentaux des)	485
— (Maladies mentales des); leur influence sur la capacité pour donner ou tester	494
Vieillesse (Les troubles psychiques de la)	493
Vision (Influence des lésions corticales sur la)	458
VOISIN, J. — Fugues inconscientes chez les hystériques	306
VON KRAFFT-EBING. — Deux cas de simulation de troubles mentaux	496
— — Majestätsbeleidigung. Sinnesverwirrung auf Grundlage von Neurasthenie. Analyse par le Dr Lentz	447
WAGNER. — De quelques phénomènes qui surviennent chez les pendus rappelés à la vie	480
WEIR WEITCHELL. — Anévrysme d'une artère anormale, ayant produit une division du chiasma des nerfs optiques et une hémianopsie bitemporale	472
WILDERMUTH. — Traitement de l'épilepsie par l'hydrate d'amyle.	499
WILLE. — Contribution au traitement chirurgical des maladies cérébrales	472
— — Die Lehre von der Verwirrtheit	448
ZELERITVKI. — Contribution à l'étude du fonctionnement du lobe occipital	460
ZIEHEN. — L'opium dans les psychoses.	501

540

T

UNIVERSITY OF MICHIGAN



3 9015 07025 0660

UNIVERSITY OF MICHIGAN



3 9015 07025 0660

